

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1972 - N° 49

LES DYSLEXIES-DYSORTHOGRAPHIES

**Une méthode de rééducation collective
en milieu institutionnel.**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 11 Avril 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Madame Huguette AVOUAC-SAURET

née le 21 Avril 1944

à LE MONASTIER-SUR-GAZEILLE (Haute-Loire)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1972 - N°

LES DYSLEXIES-DYSORTHOGRAPHIES

**Une méthode de rééducation collective
en milieu institutionnel.**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 11 Avril 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Madame Huguette AVOUAC-SAURET

née le 21 Avril 1944

à LE MONASTIER-SUR-GAZEILLE (Haute-Loire)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1982 - 83

LES DYSLEXIES-DYSORTHOGRAPHIES
Une méthode de rééducation collective
en milieu institutionnel.



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 11 Avril 1983

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Monsieur Hugues AVOUAC-SAURET

né le 21 Avril 1944

à LE MONASTIER-SUR-GAZELLE (Haute-Loire)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Directeur de l'U.E.R. Grange-Blanche : D. GERMAIN

1er Assesseur : J. PASQUIER

PROFESSEURS

MM. J. CIBERT	Clinique urologique
M. LEVRAT	Clinique Médicale A
R. SOHIER	Bactériologie - virologie - immunologie
A. BADINAND	Chimie Analytique pharmaceutique
J. COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
H. THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
M. DARGENT	Clinique carcinologique
P. GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
J. PAPILLON	Radiologie
P. MONNET	Clinique médicale infantile B
A. TRILLAT	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
J. LECUIRE (1)	Neurochirurgie
J.F. CIER	Physiologie A
P. MICHAUD	Clinique de chirurgie cardiaque
G. FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
G. VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
P. MAGNIN	Clinique obstétricale
M. JOUVET	Pathologie générale et expérimentale
R. GUILLET (1)	Chirurgie générale
R. CREYSSEL (1)	Chimie biologique
M. JAUBERT	
de BEAUJEU (1)	Chirurgie générale - Clinique de chirurgie infantile
J. FEROLDI	Anatomie pathologique
R. HUGONNIER	Clinique ophtalmologique
B. SCHOTT (1)	Neuro-psychiatrique

(1) Professeurs à titre personnel

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. M. COLIN	Médecine légale
J.B. PEYRIN	Physique biologique
A. PERRIN	Médecine générale
D. GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. R. LAMBERT	Médecine générale
R. FLANDROIS	Physiologie
J. BRUNE	Médecine générale et thérapeutique
H. DEJOUR	Orthopédie et traumatologie
A. MORGON	Oto-Rhino-Laryngologie
J. MOTIN	Anesthésiologie
J. PASQUIER	Médecine générale et thérapeutique
J.C. CZYBA	Histologie et embryologie
J. FAVRE-GILLY	Hématologie
M. AMIEL	Radiologie
M. BOCHU	Radiologie
J. CHASSIGNOLLE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
D. DARGENT	Gynécologie, Obstétrique
L. DURAND	Ophthalmologie
P. ESPINASSE	Biophysique
A. FROMENT	Cardiologie
Mme M. HENRY	Bactériologie, Virologie
B. SALLE	Pédiatrie, Génétique médicale
P. ZECH	Néphrologie
G. NOEL	Médecine interne

AGREGES EN EXERCICE

M. P. DUMAS	Stomatologie
-------------	--------------

Je dédie cette thèse

A JEAN-CLAUDE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Paul GIRARD
Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique
et d'Hygiène Mentale.

Nous apprécions particulièrement l'ampleur
de sa culture et le souci qu'il a des dimensions
humaines de la psychiatrie.

Nous avons pu bénéficier de la grande
bienveillance avec laquelle il apporte aide et
conseil aux internes des Hôpitaux psychiatriques.

Qu'il nous permette ici de lui exprimer
notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider cette thèse,
et qu'il soit assuré de notre immense admiration.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

Monsieur le Professeur Bernard SCHOTT
Professeur de clinique neuro-psychiatrique

Nous n'avons jamais eu l'honneur jusqu'à présent, de travailler directement dans son service, mais nous avons pu bénéficier, lors de cours à la Faculté ou de colloques, de la richesse et de la clarté de son enseignement clinique.

Nous sommes sensible au grand honneur qu'il nous fait en acceptant d'être notre juge, et nous l'assurons de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Agrégé J. GUYOTAT

Nous admirons tout ce qu'il a fait pour la psychiatrie lyonnaise, au plan de l'enseignement comme à celui des réalisations, et nous lui en sommes profondément reconnaissante.

Il a accepté d'être notre juge, et nous l'en remercions très respectueusement.

Monsieur le Professeur Agrégé A. MORGON

Nous avons pu apprécier la simplicité et l'amabilité de son accueil, et nous sommes heureuse de l'avoir pour juge de notre thèse.

Qu'il trouve ici, l'assurance de notre profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Jacques CARRY
Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Il a bien voulu accepter de représenter les psychiatres de Bourg dans notre jury.

Nous participons cette année au travail de son équipe hospitalière. Son dynamisme, l'étendue de ses connaissances et sa cordialité nous aident dans l'apprentissage souvent difficile de la psychiatrie.

Nous le remercions tout particulièrement de son amicale présence aujourd'hui.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE BOURG

Monsieur le Docteur Michel HAMEL

Il a été l'inspirateur et le conseiller de cette thèse.

Au cours de notre seconde année d'internat nous avons pu apprécier la sûreté de son diagnostic et la précision de son choix thérapeutique.

Il nous a fait découvrir la psychiatrie infantile et nous a fait bénéficier de sa très vaste expérience dans ce domaine.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueuse amitié.

Monsieur le Docteur Marcel HOUSER

Nous lui devons une conception très originale de la dynamique psychiatrique et du travail en équipe.

Nous lui exprimons ici, notre gratitude.

Monsieur le Docteur Georges DESMETTRE

Il nous a guidé durant notre première année d'internat avec beaucoup de bienveillance.

Nous lui devons beaucoup.

Aux médecins des Hôpitaux Sainte-Madeleine et Saint-Georges
de Bourg,

Au Docteur CALLIER, psychothérapeute à Bourg,

avec notre reconnaissance pour l'enseignement
qu'ils nous ont dispensé.

Au Directeur et au personnel de l'I.M.P. Saint-Gras à
Ambronay, particulièrement à Madame GRATTESOL, éducatrice

ils nous ont apporté aide et appui dans
l'élaboration de cette thèse. Sans leur colla-
boration ce travail n'aurait pu avoir lieu.
Nous les remercions de leur bienveillance.

A mes collègues et amis internes des hôpitaux psychiatriques
Sainte-Madeleine et Saint-Georges à BOURG.

INTRODUCTION

Les dyslexies-dysorthographies sont une entité que de nombreux auteurs, tant psychiâtres que pédiatres et linguistes se sont attachés à comprendre et à décrire ces dernières années.

Nous nous proposons dans un premier temps non pas de faire une étude exhaustive de ce syndrome, mais d'ébaucher un profil de son aspect clinique, de ses notions étiopathogéniques et de son traitement tels qu'ils sont envisagés actuellement.

Dans un deuxième temps nous ferons part de notre expérience personnelle d'une méthode de rééducation collective par la méthode gestuelle de Mme. BOREL-MAISONNY dans un milieu institutionnel pour enfants perturbés sur le plan affectif et ayant un niveau intellectuel limite (niveau de la débilité légère). Nous exposerons le fonctionnement de la classe chargée de cette rééducation, nous rapporterons les observations des enfants qui ont pu en bénéficier, nous essayerons enfin d'analyser les résultats obtenus et d'apprécier si cette méthode est valable et efficace.

PREMIERE PARTIE

APPROCHE THEORIQUE DE LA DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE

Nous verrons successivement.

L'historique de ce syndrome

Un rappel de l'évolution du langage oral et écrit

Les définitions qui ont été données à cette entité

Les facteurs étiologiques de la dyslexie et les conditions de dépistage du trouble

La description clinique du syndrome

Les théories étiopathogéniques invoquées dans la survenue des dyslexies-dysorthographies

Les méthodes thérapeutiques couramment employées et la prophylaxie de ce trouble.

HISTORIQUE

La lecture a l'âge de l'écriture, c'est-à-dire 5000 ans, alors que l'Homo Sapiens est vieux de 40 à 50000 ans. Les premiers textes écrits ont été retrouvés en Mésopotamie. Ils ont trait à des contrats commerciaux, les objets du négoce ont été gravés dans l'argile: ce sont des pictogrammes.

Une étape majeure a été franchie en Occident en passant de l'idéogramme au phonogramme, de la transposition symbolique à un véritable code. Malgré ce progrès, lecture et écriture ne sont pas pour autant devenues populaires; elles sont restées longtemps l'apanage des scribes, et n'ont pénétré l'humanité que lentement et difficilement.

Au XVème siècle Gutenberg invente l'imprimerie et apporte ainsi une nouvelle révolution. Désormais les textes vont pouvoir être publiés à grande échelle et vulgarisés.

En 1882 Jules Ferry pour la France, instaure l'enseignement obligatoire qui fait passer le nombre des analphabètes de 30 à 40 % au XIXème siècle à moins de 2 % de nos jours.

C'est au fur et à mesure que s'est généralisée l'instruction scolaire, que s'est révélé un type d'inadaptés que sont les dyslexiques-dysorthographiques.

" Or la genèse de l'audio-visuel est la fin d'un âge, celui de l'écriture souveraine; la dyslexie-dysorthographie se posera-t-elle en problème dans trente ans ? "

La première description de dyslexie-dysorthographie nous est donnée par Eugène Labiche dans "La Grammaire" en 1867, qui décrit deux personnages cruellement dysorthographiques, mais à l'esprit très vif.

La première observation clinique est celle d'un enfant de 14 ans incapable d'apprendre à lire. Nous la devons à PRINGLE MORGAN en 1895. Il rattache le trouble à une dysgénésie du gyrus angulaire.

Cette entité avait déjà été soupçonnée par BROCA et WERNICKE qui étudiaient les aphasies partielles avec prédominance des troubles du langage ou prévalence des troubles de perception visuelle. Les fonctions sont décrites et localisées comme entités positives, dont les syndromes anatomo-cliniques seraient les négatifs. On parle alors d'agénésie ou de dysgénésie du cortex pariéto-occipital postérieur, du gyrus angulaire, du pli courbe...

VARIOT et LECOMTE en 1906 parlent de typholoxie congénitale en insistant sur la perturbation du sens de la vue.

HINSELWOOD décrit des centres cérébraux différents pour les lettres et les chiffres dont la reconnaissance est rarement perturbée dans la dyslexie-dysorthographe.

LUCIE FILDES en 1921 trouve des anomalies dans la discrimination des formes.

Auguste et Jacques LEY décrivent et classifient la dyslexie.

ORTON de 1915 à 1937 introduit la notion de défaut de la dominance latérale qui va entraîner la vogue de la gaucherie contrariée, genèse supposée de quantités de troubles variés.

Il faut dans cet historique dégager plusieurs tendances :

- L'hypothèse d'ORTON avec les troubles de la dominance latérale et la notion de gaucherie contrariée.
- HALLGREN qui affirme que la dyslexie n'a rien de spécifique, et qu'elle n'est que lenteur d'apprentissage.
- HUGLINGS JACKSON et sa théorie évolutionniste : la dyslexie est la perturbation d'un apprentissage et non d'une activité.
- Mme S. BOREL-MAISONNY et C. CHASSAGNY qui ont beaucoup apporté à la pédagogie et à la rééducation des dyslexies-dysorthographies.

L'EVOLUTION DU LANGAGE ORAL ET ECRIT

APPRENTISSAGE

Depuis PICHON on distingue dans l'évolution du langage chez l'enfant, une période prélinguistique, et une période linguistique proprement dite.

I - LA PERIODE PRELINGUISTIQUE

Elle occupe les dix premiers mois de la vie. L'enfant dialogue avec sa mère et lui fait part de ses besoins physiologiques vitaux, d'abord par les vagissements, puis les **lallations** dont les phrases musicales tendent à recopier la mélodie de la langue entendue.

II - LA PERIODE LINGUISTIQUE

Elle débute à la fin de la première année. L'enfant commence à appréhender globalement une situation. C'est là que prend toute son importance la fonction appétitive du langage, au moment où se constitue la relation d'objet. L'enfant ne conçoit plus seulement le besoin physiologique, mais aussi le besoin psychologique, celui d'un objet perçu et significatif dont l'absence provoque la dépression. Pour lutter contre cette dépression il aura entre autres, recours au langage qui représente ainsi un des mécanismes de défense du moi essentiel.

PICHON décrit quatre phases dans cette période linguistique.

- a - La période de compréhension qui précède l'exécution avec enrichissement d'une activité par l'autre.
- b - La période locutoire qui est celle du mot-phrase, qui prend une signification dans un contexte précis.
- c - La période délocutive qui utilise de façon différenciée les divers éléments de la phrase en les ordonnant grammaticalement : nom, adjectif, verbe. L'enfant sépare l'action en ses constituants et ordonne les actions dans le temps.

- d - La période de langage constitué, sacrée par l'emploi du "je". L'enfant se reconnaît différent du "tu" ou du "il". Cette étape est capitale pour les mécanismes d'identification-projection.

De plus langage et action, langage et plaisir-déplaisir sont intimement liés. L'enfant va plus ou moins investir cette activité en fonction de son environnement et de là dépendra son goût pour apprendre à déchiffrer d'autres signes et se rendre maître d'autres situations.

Les phases d'organisation orale expressive et compréhensive étant acquises, l'enfant va pouvoir aborder la lecture et l'écriture. Il devra connaître des symboles graphiques ordonnés dans l'espace, les lettres, puis assembler ces lettres en syllabes et en mots. Secondairement ces mots seront intégrés dans une phrase. Pour être compris les mots et les phrases devront être d'abord verbalisés, cette ébauche motrice ne sera pas nécessaire ultérieurement pour la compréhension d'un texte.

Ayant ainsi acquis et maîtrisé langage oral et écrit, l'enfant pourra communiquer avec autrui sa pensée abstraite. En effet seul le langage lui permet un tel épanouissement.

DEFINITIONS

De nombreuses définitions ont été données au syndrome dyslexie-dysorthographe insistant plus particulièrement :

- soit sur son étiopathogénie,
- soit sur ses signes spécifiques,
- soit sur des critères négatifs,
- soit sur des critères évolutifs.

Une des premières définitions a été donnée par OMBREDANNE qui délimitait ainsi la cécité verbale congénitale: "une difficulté d'apprentissage de la lecture chez des enfants qui ne présentent pas d'infirmité sensorielle ou motrice apparente et dont le niveau intellectuel ne saurait être foncièrement incriminé puisqu'il peut être chez nombre de sujets normal, voire supérieur à la normale."

Puis ORTON assimile les troubles de la dominance latérale aux dyslexies-dysorthographies : c'est la stréphosymbolie.

Une première controverse dans la délimitation du cadre des dyslexies a lieu à propos de la spécificité du trouble observé :

- les uns, comme Cl. LAUNAY parlent de difficultés spécifiques à type de confusion constamment commises entre phonèmes et lettres;
- les autres comme HALLGREN, avec les Anglo-Saxons et les Scandinaves affirmant : " La dyslexie n'a pas de spécificité. Elle est seulement une difficulté ou une lenteur d'apprentissage de la lecture. Les signes observés ne sont pas différents de ceux que l'on pourrait voir au cours de l'apprentissage des enfants normaux."

Une deuxième controverse a lieu au sujet du niveau mental de l'enfant;

- les uns refusant catégoriquement le terme de dyslexie à tout quotient intellectuel inférieur à 0,90 ;

- les autres, comme C. WEINSCHENK en 1965, précisant nettement qu'une débilité mentale ne doit pas entraîner le rejet du diagnostic de dyslexie, dans la mesure où l'enfant a atteint un niveau où l'apprentissage de la lecture est normalement possible.

Nous essayerons après cette analyse de donner notre propre définition de la dyslexie.

La dyslexie-dysorthographe est :

- un retard d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe,
- retard déterminé en fonction de l'âge mental et non de l'âge réel,
- retard dû à certaines difficultés spécifiques pour identifier, ordonner et comprendre les ensembles de lettres qui sont la base même du langage symbolique,
- retard qui a tendance à persister et à passer à la chronicité en l'absence de thérapeutique et de rééducation,
- chez des enfants normalement scolarisés et qui ne présentent aucune anomalie visuelle ou auditive.

A partir de cette définition, nous pouvons éliminer du cadre des dyslexies-dysorthographies un certain nombre de troubles qui ne sauraient y avoir leur place :

- les niveaux mentaux inférieurs à l'âge normal moyen nécessaire pour l'apprentissage du langage écrit : un enfant qui n'a pas atteint un niveau mental de 5 ou 6 ans ne peut bien évidemment pas acquérir la lecture.
- les enfants soumis à des conditions familiales ou scolaires par trop inadaptées : enfants qui changent trop souvent de classe ou ont une scolarité très irrégulière; entraînement insuffisant; succession de plusieurs maîtres souvent peu formés à l'apprentissage de la lecture.
- troubles du comportement : opposition caractérisée à l'adulte
instabilité : l'enfant ne peut se fixer à une tâche
immaturité
fixation trop importante à la mère qui ne permet pas l'adaptation au milieu scolaire.

- les enfants atteints de troubles visuels ou auditifs.
- les enfants qui n'ont pas un niveau linguistique suffisant : nous avons vu au chapitre de l'évolution du langage que les phases d'organisation orale compréhensive et expressive devaient être acquises avant d'aborder la lecture et l'écriture.
- les refus scolaires affectifs ou les replis devant l'effort.
- l'absence de motivation dans un milieu fruste.
- les autismes dans le cadre des psychoses infantiles.
- le syndrome de GERSTMAN dû à des lésions organiques cérébrales : agraphie, acalculie, hémianopsie, autotopoagnosie. Un élément important de diagnostic différentiel à ce niveau est l'absence de trouble de l'écriture et de la lecture des chiffres dans les dyslexies-dysorthographies.

ETIOLOGIE

Plusieurs facteurs étiologiques ont été mis en évidence dans la genèse des dyslexies. Nous ne ferons que les énumérer.

- La fréquence de ce syndrome est variable selon les statistiques en fonction de la définition que l'on lui donne : 20 % des enfants en Scandinavie, 5 à 10 % chez nous.
- Il semble que ce syndrome soit plus fréquent chez le garçon (75 %) que chez la fille (25 %). On retrouve cette notion dans la majorité des statistiques.
- L'élément congénital ou familial est souvent avancé : P. DEBRAY trouve 30 % de dyslexies chez les parents d'enfants atteints de ce trouble, alors qu'il n'en retrouve que 7 % chez les parents d'enfants normaux. Plusieurs observations de jumeaux homozygotes atteints tous les deux du même trouble confirment ce fait.
- Les mauvaises conditions de naissance ont parfois été incriminées : certaines statistiques retrouvent 37 % d'enfants traumatisés à la naissance : forceps, césarienne, cyanose et réanimation...
- Certains auteurs retrouvent une majorité d'enfants uniques parmi les dyslexiques, ou de mauvaises conditions socio-économiques. Ces deux éléments sont réfutés par de nombreux auteurs.
- L'importance de l'environnement scolaire est plus significative; on incrimine :
 - . les classes surchargées
 - . le trop grand nombre de "suppléantes" insuffisamment formées pour un bon apprentissage de la lecture.
 - . la méthode d'apprentissage dite globale
 - . l'apprentissage trop précoce de la lecture (avant 6 ans)

Ces conditions ne sont pas évidemment déterminantes, mais peuvent transformer le risque de dyslexie en réalité.

- les antécédents personnels de troubles du langage: retard simple de langage, troubles de l'articulation, zézaïement, bégaiement..... On les retrouverait dans 30 % des cas. (DEBRAY)
- Les troubles de la dominance latérale et la gaucherie, contrariée ou non, sont retrouvés dans seulement 15 % des cas d'après DEBRAY, dans plus de 50 % d'après certains autres auteurs.
- Les troubles de l'organisation temporo-spatiale sont plus fréquents. Nous réenvisagerons ce problème ultérieurement.
- Les troubles affectifs, primitifs pour certains, exclusivement secondaires pour d'autres, seront aussi revus plus tard.
- La structure familiale : selon certains auteurs 2/3 des enfants dyslexiques viennent de foyers "malades" : divorce, mésentente... On retrouve aussi souvent des enfants issus de familles étrangères dont les parents ne parlent pas le Français, ou un Français incertain du point de vue de la syntaxe.

L'énumération de ces facteurs n'est pas dépourvue d'intérêt, leur connaissance et leur dépistage pourraient permettre de prévoir, chez un enfant d'âge préscolaire, la survenue ultérieure du trouble dyslexique, et donc de mettre en route une prophylaxie.

Avant d'aborder la clinique de la dyslexie, nous pouvons envisager les conditions de dépistage du trouble.

Elles sont très variables :

- Le dépistage peut se faire à l'âge scolaire, après quelques mois de cours préparatoire. Ce serait bien évidemment l'idéal. Cependant bien souvent les dyslexies ne sont découvertes que vers 9 ou 11 ans lorsque le trouble est solidement ancré.
- L'enfant est amené au spécialiste :
 - pour retard scolaire global dont le bilan va permettre la mise en évidence du trouble.
 - pour dyslexie, le diagnostic ayant été fait à l'école ou par le médecin de famille.
 - un important contingent est amené pour troubles affectifs ou du comportement.

Nous voyons que la dyslexie peut se cacher derrière des symptômes multiples. Il faut savoir y penser, car même minime elle peut entraîner des conséquences graves sur la scolarité ou le comportement de l'enfant.

CLINIQUE

Nous allons envisager maintenant l'étude clinique de la dyslexie-dysorthographe en suivant la démarche intellectuelle et pratique que devra faire le spécialiste devant un enfant qu'il soupçonne de dyslexie-dysorthographe, ou qu'on lui aura présenté comme tel.

Nous verrons successivement :

- I - Le bilan complet et les tests à pratiquer chez cet enfant.
- II - Les troubles mis en évidence sur le plan lexique puis orthographique; les formes cliniques.
- III - Les troubles associés.
- IV - Les conséquences de la dyslexie sur le comportement et l'affectivité de l'enfant. Leur évolution.

CLINIQUE

Nous allons envisager maintenant l'étude clinique de la dyslexie-dysorthographe en suivant la démarche intellectuelle et pratique que devra faire le spécialiste devant un enfant qu'il soupçonne de dyslexie-dysorthographe, ou qu'on lui aura présenté comme tel.

Nous verrons successivement :

- I - Le bilan complet et les tests à pratiquer chez cet enfant.
- II - Les troubles mis en évidence sur le plan lexique puis orthographique; les formes cliniques.
- III - Les troubles associés.
- IV - Les conséquences de la dyslexie sur le comportement et l'affectivité de l'enfant. Leur évolution.

I - L'EXPLORATION D'UNE DYSLLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE

On fera appel pour l'exploration des dyslexies à des tests destinés à mettre en valeur le trouble lui-même, et à des tests permettant de faire le bilan des troubles associés, primitifs au trouble, ou secondaires.

A - Tests portant sur le trouble dyslexie-dysorthographe

Il s'agit d'une série d'exercices analysant successivement les différentes étapes du langage écrit, de la plus simple à la plus complexe. Ces tests sont dus pour la plupart à Mme. BOREL MAISONNY.

a - Test d'articulation

L'enfant répète les sons prononcés par l'examineur. Ce sont les sons de base de la langue Française.

- les consonnes soufflées : cha, sa, fa...
- les consonnes occlusives : p, t, k, b, d, g...
- les consonnes nasales : m, n, gn...
- les consonnes liquides : l, yeu...
- les s avant une consonne occlusive : sp, st, sk...
- le r avant une consonne : erp, erk...
- les doubles consonnes : fla, vra, bla...
- les diphtongues : iu, ui, oi, illon...
- des mots : pelle, brouette, espiègle...
- des phrases : il fait tout noir, j'ai perdu ma bicyclette...
- des sons sans signification : esp, stur...

b - Test de lecture

L'enfant lit des éléments graphiques simples puis de plus en plus complexes.

- consonnes puis voyelles
- groupes vocaliques complexes

- syllabes simples puis complexes
- doubles consonnes
- mots comprenant des lettres à prononciation variable : s, c, g...
- des mots puis des phrases
- un texte dont la difficulté varie en fonction de l'âge

c - Test d'orthographe

L'enfant écrit sous dictée. Les éléments dictés sont du même type que ceux du test de lecture, eux aussi sont de difficulté croissante. Le texte dicté en dernier lieu est fonction du niveau scolaire de l'enfant.

d - Test de langage

C'est la partie explorant le langage du test de TERMAN, adapté par Mme BOREL-MAISONNY. Il fait appel à l'expression (composition de phrases par exemple) et à la compréhension du langage (définition de mots...)

e - Epreuve de conversation

Elle permet à l'examineur de compléter son observation clinique par une vue plus globale du langage de l'enfant.

Un autre test de cette série est le test de l'Alouette, utilisé surtout en milieu scolaire. Il s'agit pour l'enfant de lire un texte, l'examineur dénombrant le nombre de fautes commises et mesurant le temps nécessaire à la lecture. Ces deux paramètres ont servi à établir un tableau donnant le niveau scolaire de l'enfant que l'on compare à son âge réel. On considère comme pathologique un retard égal ou supérieur à deux ans.

Ce test présente l'avantage d'être rapide. Mais il ne permet pas une étude analytique précise des troubles présentés par l'enfant.

B - Tests recherchant les troubles associés

a - Le niveau mental

Nous avons vu précédemment combien il était important de connaître le niveau mental d'un

enfant présumé dyslexique. De nombreux tests peuvent être utilisés :

Le Wechsler-Bellevue pour enfants avec tests verbaux et non verbaux; Le Terman; Le Raven...

Il est surtout important d'utiliser toujours le même test pour conserver une échelle de référence valable.

b - Les troubles de la structuration spatiale

Ils seront évalués par :

- les cubes de KOHS
- la figure complexe de REY
- les dessins géométriques de BRUDER.

c - Les troubles du rythme

Ils sont appréciés par l'épreuve de STAMBAK.
L'enfant lit ou répète des formules rythmiques.

d - La latéralisation

Elle est étudiée par la batterie de ZAZZO, de PIAGET-HEAD adaptée par GALIFRET-GRANJON. Il s'agit de gestes permettant de mettre en évidence sous les facteurs éducatifs la latéralisation réelle, qu'elle soit homogène ou croisée.

e - L'électro-encéphalographie

Elle peut parfois montrer de légères dysrythmies, témoins d'une immaturité corticale.

f - La personnalité

Elle peut être explorée par des tests projectifs : SIMMONDS, C.A.T., T.A.T., en fonction de l'âge de l'enfant.

Des études intéressantes ont été faites sur le RORSCHACH des dyslexiques; chez le dyslexique :

- le champ perceptif est analysé de façon aberrante, sans détachement de la perception globale première dont il fragmente localisation et contenu.

- il y a une immaturité affective et une difficulté de projection humaine.

- On note une diminution des réponses "forme" et "couleur", témoin d'un mauvais contrôle de l'extériorisation de l'affect.

En somme on met en évidence chez le dyslexique au Rorschach, une affectivité labile et un sentiment d'insécurité d'autant plus important que l'insertion scolaire est mauvaise.

- g - Au moindre doute, des examens spécialisés seront demandés pour expertiser la vue ou l'audition de l'enfant.

- h - Ce bilan sera évidemment complété ou précédé d'un interrogatoire complet de l'enfant et de sa famille sur les antécédents familiaux et personnels, sur la date d'apparition du trouble et ses conditions de survenue, sur le retentissement du trouble sur le comportement, sur le milieu familial et la vie affective.

II - LES TROUBLES MIS EN EVIDENCE SUR LE PLAN LEXIQUE ET ORTHOGRAPHIQUE

A - Troubles de la lecture

L'enfant pour acquérir la lecture doit apprendre à analyser sa propre parole, et prendre conscience du mot composé de sons successifs, représentés chacun par des lettres. Or l'enfant est souvent gêné parce qu'il perçoit globalement une forme sans qu'il puisse analyser la succession des éléments qui la composent, ou bien à l'inverse il reconnaît les éléments mais n'arrive pas à leur donner une valeur signifiante.

Nous allons analyser les défauts élémentaires de la lecture. Toutes les opérations mentales qu'elle nécessite sont perturbées dans la dyslexie.

a - Fautes liées à une mauvaise discrimination auditive

Elles sont parfois associées à des fautes identiques du langage.

- confusion entre les consonnes sourdes et sonores.
L'enfant ne perçoit pas la vibration du larynx qui différencie ces consonnes, puisque leur position articulaire est à peu près la même.
Exemples : f et v, p et b, ch et j, t et d, s et z, c et g.
- confusion de consonnes de même nature comme les consonnes soufflées et explosives.
Exemples : s et ch, v et j, p et t, f et s, v et z, p et c, b et g, j et z, c et t, g et d.
- confusion entre les consonnes labiales et dentales : m p b, n d t.
- confusion entre les voyelles : é et è, a au et o...

b - Fautes liées à la non reconnaissance de signes graphiques, d'ordre visuel.

L'enfant a un défaut de structuration spatiale.
Il ne peut se servir des critères visuels habituels

pour différencier des formes voisines, par exemple la différence droite-gauche par rapport à un axe. Il va confondre les lettres symétriques : p et q, d et b, p et b, u et n...

c - Difficultés à distinguer l'ordre de succession des lettres

L'enfant inverse l'ordre des lettres : il va écrire ra pour ar, pal pour pla... Ces inversions portent surtout sur le r, le l, le s. En même temps on peut voir des inversions de l'ordre de succession des sons du langage parlé : bourette pour brouette...

d - Fautes par manque d'acquisition des codages complexes de la langue Française :

groupements conventionnels : ou, ai, oi, gn...
lettres qui se prononcent différemment suivant leur position dans le mot écrit : c, g...

e - Incompréhension du système d'écriture alphabétique

L'enfant ne comprend pas à quoi servent les lettres. Il sait le nom des lettres mais il est incapable de les prononcer isolément en dehors d'un mot connu. En présence d'un mot à lire il ne peut qu'épeler les lettres les unes après les autres : il lira livre œlivere. Ce sont les dyslexies les plus graves qui confinent à l'alexie.

f - Difficultés d'évocation rapide de la réalité symbolisée par les sons lus

Pour la lecture courante le regard doit devancer l'articulation. Les mots doivent être groupés pour que les pauses correspondent au cours de la pensée. Chez le dyslexique, le regard est rivé à la syllabe, et le texte, par son manque de ponctuation correcte, n'a aucun sens.

En résumé, les fautes principales du dyslexique sont :

- confusion de sons,
- confusion de lettres symétriques par rapport à un axe,
- élision ou adjonction de lettres ou de syllabes, ou interchangement de ces mêmes lettres ou syllabes.
- adjonction de phonèmes aberrants.

B - Fautes d'orthographe

Le dysorthographe qui a d'énormes difficultés dans le maniement des lettres, va voir sa tâche se compliquer du fait de l'orthographe d'usage de la langue Française qui est pour le moins complexe et surprenante.

Les fautes rencontrées en orthographe sont plus ou moins de même type que celles rencontrées en lecture.

a - Difficultés de reproduction de la forme sonore du langage

On rencontre ici les fautes de différenciation auditive et visuelle; les fautes par incompréhension de la relation signifiant-signifié que nous avons décrites parmi les fautes de lecture :

- confusion de consonnes ou de voyelles,
- confusion de lettres symétriques.

b - Difficultés de séparation des mots

L'enfant ne peut discriminer les éléments de la phrase: exemples : la beille pour l'abeille,
les cole pour l'école....

c - Fautes d'orthographe d'usage

L'orthographe d'usage est loin d'être phonétique. Elle n'obéit à aucune règle qui puisse s'apprendre, seule la mémoire permet de retenir l'orthographe de chaque mot. Le dyslexique, lui, pense avec des sons et non avec des mots écrits, son orthographe est entièrement phonétique.

d - Fautes de syntaxe et de règle

Les mots écrits subissent certaines modifications imposées par la grammaire :

- distinction de la nature du mot, du genre, du nombre, du temps et du mode du verbe,
- accord du nom et de l'adjectif, du verbe et du sujet.

Le dysorthographe n'applique pas les règles grammaticales parce qu'il ne les sait pas, mais aussi et

et surtout parce qu'il ne les comprend pas : il n'arrive pas, par exemple, à acquérir l'idée du masculin et du féminin, du pluriel et du singulier, du présent, du passé ou du futur.

C - Les formes cliniques

L'intérêt de leur description est assez limité. On peut décrire plusieurs types de dyslexies-dysorthographies :

a - En fonction de l'âge de l'enfant

- avant 6 ans : il n'existe pas de dyslexie à cet âge, tout au plus des imperfections qui annoncent le risque de dyslexie : par exemple, la mauvaise acquisition du sens droite-gauche.
- entre 6 et 8 ans : la difficulté d'apprentissage de langage écrit apparaît à l'entrée au cours préparatoire. L'enfant à ce niveau est paradoxalement fort en calcul. Ultérieurement l'exécution d'un problème nécessitant la lecture correcte des données, le dyslexique perd cette avance.

C'est à cet âge que les dyslexies devraient être dépistées, le trouble est débutant, non encore fixé ; la rééducation se fera donc dans les meilleures conditions.

- entre 8 et 12 ans : la lecture est hâchée, parfois même impossible. Le graphisme est défectueux, les lettres mal tracées, l'orthographe si défectueuse que la relecture est impossible. Les troubles du comportement et l'inadaptation scolaire vont croissant.

b - En fonction de l'intensité du trouble

Il y a tous les degrés de dyslexie. Les difficultés vont de la simple hésitation à la totale impuissance au moindre déchiffrement : c'est l'alexie complète.

Parmi les dyslexiques légers on peut classer les enfants qui ne font pas de fautes, mais qui lisent avec une telle lenteur qu'ils sont très handicapés : ce sont les "économes mesurés" par opposition aux "prolixes incontrôlés" qui lisent vite mais avec de multiples fautes.

III - LES TROUBLES ASSOCIES

Ils sont mis en évidence lors du bilan de l'enfant dyslexique par des tests appropriés. Ils sont constamment recherchés, car leur correction concomittente à la rééducation de la dyslexie est très importante. Ces troubles ne se retrouvent pas chez tous les dyslexiques. Cependant leur fréquence et leur valeur pour l'élaboration de théories pathogéniques méritent que l'on y prête attention.

a - Troubles du schéma corporel ou de la structuration spatiale

Le dyslexique a une sensation insuffisante de la position relative des différentes parties de son corps. Il a une mauvaise conception de la relation droite-gauche. Il est incapable de reproduire de mémoire des attitudes corporelles assymétriques.

Des études récentes ont été faites sur la perceptivo-motricité et la somatognosie. On emploie des tests tels que le Reversal, la figure complexe de Rey, le test de rétention visuelle de Benton, la batterie de Piaget-Head. A l'issue de ces tests on note des résultats intéressants :

- une difficulté à la discrimination des figures en miroir qui sont appréhendées comme identiques.
- des difficultés dans la reconnaissance de la position relative des objets.
- des difficultés dans l'imitation des figures schématiques, l'enfant n'ayant pas vu le mouvement qui amène à la position.
- surtout au Benton, des performances déficientes sur le plan qualitatif et quantitatif, avec en particulier des erreurs qui ont été considérées par Benton comme spécifiques de sujets atteints de lésions corticales.

b - Troubles des mouvements oculaires d'exploration

Ce sont des études récentes, exposées dans la thèse de N. LESEVRE, qui ont mis en évidence ces troubles. L'étude des mouvements oculaires d'exploration est réalisée grâce à l'électro-oculographie, qui étudie

et enregistre les mouvements de l'oeil au repos, pendant la vision ou le sommeil.

Lors de la lecture on étudie deux paramètres :

- le temps de réaction de l'oeil
- le balayage du regard ou "scanning"

On compare alors ces deux paramètres chez l'enfant normal et chez l'enfant dyslexique, cela en fonction de leur âge.

L'enfant améliore ses performances avec l'âge. On a :

- une diminution du temps de réaction oculo-moteur
- une amélioration des praxies oculaires, c'est-à-dire une diminution des mouvements inutiles.
- surtout une meilleure efficacité du regard si l'exploration est dirigée de gauche à droite (ceci est vrai en dehors de toute influence éducative par l'apprentissage de la lecture, puisqu'on retrouve les mêmes résultats chez l'analphabète.)

Chez l'enfant dyslexique, on note :

- de nombreux mouvements oculaires inutiles,
- des temps de réaction oculo-moteurs très longs,
- une grande instabilité du regard,
- des performances peu variables, que le regard soit dirigé de gauche à droite ou de droite à gauche.

On a donc pu parler d'une véritable dyspraxie du regard qui irait de pair avec un manque d'acquisition des coordonnées temporo-spatiales. En effet ces anomalies sont notées de préférence chez les dyslexiques qui présentent des troubles de la fonction spatiale.

c - Troubles de l'analyse des phénomènes acoustiques

L'enfant, nous l'avons déjà vu, a des difficultés à apprécier la nature des phonèmes articulatoires, ce qui l'entraîne à des confusions de consonnes en particulier sourdes et sonores.

Dans le même ordre d'idée, des études ont été faites sur la formule rythmique chez les enfants dyslexiques. Le rythme est un élément important de mémorisation et de reconnaissance d'un phénomène musical. C'est aussi un élément capital de l'établissement du langage.

Les épreuves de rythme consistent en reproduction de structures rythmiques qui mettent en valeur ce qui est perception et mémoire auditive, et en lecture de structures rythmiques où sont mêlées perception auditive et visuelle, ainsi que sens de la lecture.

L'enfant dyslexique ne perçoit pas les silences à leur place en lecture. Il fait de nombreuses inversions. Ces troubles ne sont pas retrouvés en reproduction. Le dyslexique a donc une plus mauvaise perception visuelle qu'auditive, car il a de la difficulté à la lecture pour suivre la direction gauche-droite. L'enfant normal qui réussit mal à la reproduction, est lui, par contre, grandement aidé par la lecture.

d - Troubles du système graphématique, c'est à dire de la perception et de la discrimination des lettres en tant que forme pure. Le dyslexique fait de nombreuses erreurs, surtout dans les formes à boucle (b, d, p, q), symétriques par rapport à un axe.

e - L'examen neurologique

Il est la plupart du temps normal chez le dyslexique. On peut parfois observer un retard de maturation motrice : paratonies, syncinésies, retard de la diado-cocinésie, réflexes ostéo-tendineux vifs. L'électro-encéphalogramme est normal.

IV - CONSEQUENCES DE LA DYSLEXIE SUR LE COMPORTEMENT ET L'AFFECTIVITE DE L'ENFANT, EVOLUTION.

La dyslexie-dysorthographe a des conséquences très importantes sur l'affectivité et la personnalité même de l'enfant, de par sa nature même, et de par l'échec scolaire qu'elle entraîne.

a - Conséquences dues à la nature même du trouble

L'univers du dyslexique est dominé par le "flou". Les choses ont pour lui un sens, mais un sens qui rencontre difficilement celui des autres, exigeant une permanente rectification, une course aux points de repère.

L'enfant a de la difficulté à s'exprimer comme les autres et à comprendre le discours des autres, ne serait-ce que par son impossibilité à intégrer de manière nette la syntaxe : le passé, le présent, le futur se confondent, le pluriel et le singulier sont difficilement accessibles.... Cela entraîne un monde instable, ambigu et déroutant. Tout peut être à double sens. Il se trouve dans l'impossibilité d'avoir une communication réelle, complète et intime avec autrui.

Tous ces éléments vont entraîner une régression de la personnalité, un repli sur soi ou des troubles réactionnels de compensation, que l'on va retrouver au paragraphe suivant.

b - Conséquences dues à l'échec scolaire

Après une classe maternelle sans grands problèmes, l'enfant aborde le cours préparatoire, plein d'espoir, il passe dans la classe des "grands". Là va commencer la série des désillusions. Peu à peu l'enfant se heurte à des obstacles insurmontables, d'abord dans l'apprentissage de la lecture, puis dans celui de l'orthographe. Il est mal noté, mal classé, il redouble. La plupart du temps il se heurte à l'incompréhension du maître et à celle de ses parents. On le compare aux autres élèves ou à ses frères et soeurs, il accumule humiliations et sanctions.

A ces problèmes multiples l'enfant dyslexique va essayer de trouver des solutions. Plusieurs possibilités peuvent être trouvées, qui coexistent souvent chez le même sujet.

- Essai de surcompensation intellectuelle : l'enfant s'accroche à la lecture, il s'acharne. Il développe au maximum ses possibilités en calcul qui, nous l'avons vu, n'est pas perturbé, au moins au début. Il va être taxé de travailleur manquant de moyens; les tests de niveau vont en faire un débile, du fait de son manque d'acquisitions scolaires.
- Essai de compensation de l'échec intellectuel : il va accumuler les bonnes notes en gymnastiques, en chant, en activités manuelles, en bonne conduite; il va intensifier son adhésion aux valeurs familiales en devenant le fils parfait.
- Une autre solution est le repli sur soi avec désintérêt de tout ce qui est intellectuel et scolaire.
- Souvent aussi un sentiment d'infériorité et de dévalorisation du moi associés à un sentiment de culpabilité bien confirmés par le milieu scolaire ou familial : " si tu n'arrives pas, c'est que tu ne veux pas, on peut tout ce que l'on veut..."

Ces "complexes" vont entraîner :

- . anxiété qui pourra s'extérioriser de manières très diverses : tics, insomnie, troubles neuro-végétatifs divers comme les vomissements, énurésie, onychophagie...
- . instauration d'une relation sado-masochique soutenue par le sentiment de culpabilité, où l'enfant recherche inconsciemment les punitions en devenant agressif et indiscipliné, voire caractériel avec des troubles du comportement au premier plan, et qui peuvent paraître isolés.

Un cercle vicieux va se créer puisque tous ces troubles vont à leur tour accentuer le retard dont ils sont la conséquence.

L'EVOLUTION du trouble non traité est grave pour l'avenir du sujet.

- Le retard scolaire va s'accroître et l'on voit des enfants de 13 ou 14 ans en cours élémentaire et

qui n'arrivent pas à dépasser ce stade, sinon au bénéfice de l'âge ! Le trouble à ce stade n'est souvent plus au premier plan, mais est inclus dans un retard scolaire global identique à celui observé dans une débilité mentale d'autre origine.

Après les classes de perfectionnement l'enfant va devoir se cantonner dans un métier manuel écartant toute obligation de communiquer par écrit. Les troubles du caractère vont gêner l'insertion dans la vie sociale. L'anxiété est importante. Le dyslexique adolescent reste très handicapé.

- Si une rééducation appropriée (sur laquelle nous reviendrons ultérieurement) a été bien menée, l'enfant pourra récupérer son retard scolaire, et ce d'autant mieux qu'elle aura été plus précoce. Cependant la persistance fréquente de difficultés orthographiques peut devenir un handicap pour de nombreux concours ouvrant des carrières dites "intellectuelles".

LES THEORIES PATHOGENIQUES

De nombreuses théories pathogéniques ont été avancées pour expliquer le syndrome dyslexie-dysorthographe. Aucune n'est parfaitement convaincante et la cause du trouble n'est probablement pas univoque ni identique chez tous les sujets.

Les principales théories donnent la part prépondérante :

- soit à un trouble de l'orientation temporo-spatiale,
- soit à un défaut de maturation de tout le système nerveux,
- soit à des troubles affectifs.

Nous nous intéresserons successivement à chacune de ces trois écoles.

I - THEORIE TRAITANT D'UN TROUBLE DE L'ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE

Cette théorie est l'une des premières en date, elle fait suite à celle d'ORTON qui incriminait un défaut de dominance latérale créant un conflit entre les deux hémisphères cérébraux.

Normalement à partir de l'âge de 6 ou 7 ans tout enfant est latéralisé de manière homogène, c'est-à-dire qu'il se sert de manière préférentielle, lorsqu'il en a le choix, de la main, de l'oeil, du pied du même côté pour effectuer un geste ou un mouvement utile dans son activité motrice.

Plusieurs thèses essaient de définir l'origine de cette latéralité :

a - La thèse innéiste

Elle est la plus répandue. L'enfant naît gaucher ou droitier en vertu d'une organisation cérébrale latéralisée que nul ne peut changer. Cette latéralité aurait un caractère héréditaire. L'exercice et l'expérience n'interviendraient que comme facteur de renforcement positif ou négatif selon les cas. C'est sur ce principe que

se basent les tests dits de latéralité, qui essaient de retrouver l'équipement originel congénital sous les influences éducatives.

b - La thèse Watsonnienne

Elle est moins soutenue : il n'y a pas de prévalence droite ou gauche fixe jusqu'à ce que l'usage social n'établisse la manualité. La latéralité serait fondée sur les expériences précoces entraînant la formation d'habitudes. BLAU épouse cette hypothèse : " la dominance cérébrale est un trait psychosomatique déterminé par le fonctionnement ".

- c - Quelques auteurs sont moins affirmatifs et mêlent les deux thèses précédentes. AJURIAGUERA pense que les deux formes de latéralité peuvent exister à l'état normal.

Chez le dyslexique on retrouve fréquemment cette dyslatéralité surtout croisée oeil-main. Les statistiques à ce sujet sont très variables en partie parce que les tests ne sont pas toujours facilement interprétables.

On ne peut donc affirmer que la dyslexie trouve son origine seulement dans un trouble de la latéralité. Ce trouble en est sûrement un facteur s'intégrant dans un cadre plus vaste. Il n'en reste pas moins, comme le dit ZAZZO, que l'ambidextrie est une mauvaise formule. Il faut latéraliser l'enfant car la latéralisation est un facteur adaptatif important.

II - THEORIE TRAITANT D'UN TROUBLE DE MATURATION DU SYSTEME NERVEUX

Elle a été soutenue principalement par K. de HIRSCH qui décrit un syndrome de défaut de maturation du système nerveux avec l'association symptomatique de :

- dyslexie-dysorthographe,
- retard de latéralisation,
- retard de la coordination motrice fine,
- retard de l'organisation temporo-spatiale,
- insuffisance de développement des processus perceptifs,
- troubles praxiques,
- troubles de la symbolisation.

Cette thèse peut aussi être étayée sur le fait que de nombreux enfants normaux présentent au début de leur apprentissage les types de troubles présentés par l'enfant dyslexique, mais

transitoirement et de manière labile.

Nous pourrions insérer dans ce cadre les notions récentes apportées par de nouvelles méthodes d'expérimentation et que nous avons vues plus longuement au chapitre clinique :

- troubles des mouvements oculaires d'exploration,
- troubles du système graphématique,
- troubles de la formule rythmique,
- troubles de la perceptivo-motricité et de la somatognosie...

Dans cette théorie de l'immaturité du système nerveux de nombreux points restent à éclaircir et aucun des éléments n'a de valeur absolue. Il n'en reste pas moins que cette accumulation d'anomalies chez le dyslexique est troublante, même si les statistiques ne sont pas toujours affirmatives et concluantes.

III - THEORIE DE L'ORIGINE AFFECTIVE DE LA DYSLEXIE

Cette théorie est évidemment séduisante pour le psychiatre mais sujette à critiques et réfutée par de nombreux auteurs.

Il est certain que tous les dyslexiques présentent des troubles affectifs et du comportement; le problème est de savoir si ces troubles sont primitifs ou secondaires. Chacune de ses deux thèses a ses défenseurs. Nous exposerons ici ce que nous pensons pouvoir être envisagé dans les perturbations affectives primitives. Les troubles réactionnels ont été envisagés à un autre paragraphe.

Nous verrons successivement les problèmes posés par la socialisation concomittente de l'apprentissage du langage écrit, et les problèmes qui découlent des caractéristiques propres du langage écrit par rapport au langage oral.

A - La socialisation

Le langage oral nous est offert par le dialogue, le langage écrit est imposé par un apprentissage comportant une certaine obsessionnalisation en raison des règles qu'il implique et qu'il faut assumer. Cet apprentissage nécessite pour l'enfant une diminution de la liberté et de l'activité ludique jusqu'alors existantes. Il peut être vécu comme répressif surtout dans les cas de difficultés et d'échec.

D'autre part, lecture et écriture représentent les premiers pas de la socialisation, tant parce qu'elles sont un

mode de communication nécessaire à l'adulte inséré dans la société, que parce qu'elles nécessitent la scolarisation pour leur apprentissage. L'enfant se sépare de ses parents. Il est confié à un maître et va projeter sur ce personnage privilégié des problèmes qu'il avait vécus jusque là confusément, et qu'il avait plus ou moins refoulés concernant ses relations avec le couple parental. Il va être mêlé à de nombreux enfants comme lui, et devra se détacher de son petit monde narcissique, souhaiter être un grand de la grande école.

B - Les caractéristiques propres du langage écrit, par rapport au langage oral.

L'écriture présente deux caractéristiques propres :

- La remanance :

Elle échappe à l'instant, pouvant ainsi libérer une angoisse particulière,

elle est coercitive : n'est-il pas habituel de dire :
" les paroles s'en vont, les écrits restent " ?

elle est un moyen de communication indirect, non personnalisé, s'adressant à l'autre, flou et inconnu, fait d'individus multiples.

- L'esthétique :

L'écriture est un dessin codé dont la symbolique gestuelle est autonome et obéit aux mêmes lois que celles qui président à l'élaboration du dessin. Par ce biais elle participe à l'exploration de l'inconscient à travers le geste instinctuel même appris. Toutes les écritures sont différentes et reflètent en partie la personnalité de l'auteur. La graphologie trouve là son intérêt.

De par ces deux aspects (remanance - esthétique et première socialisation) il semble naturel que le langage écrit, étape essentielle du développement de l'enfant, donne lieu à des troubles, ces troubles nous l'avons vu, portant d'ailleurs plus sur l'apprentissage que sur la fonction elle-même.

Pour acquérir ce nouveau mode de langage, l'enfant doit l'investir narcissiquement. Il doit être motivé dans ses efforts, sinon il va réagir contre ce mode de communication pour lequel il n'a aucune appétance à priori, et ce, de plusieurs manières :

Il dirige ce refus contre une personne précise, le plus souvent son père. En effet, d'après Mme. BEAUFILA :

" Le travail scolaire et l'écriture seraient un attribut spécifiquement paternel ne pouvant être transmis par la mère seule. Contrairement aux psychoses où le père est exclus du dialogue de la mère, ce serait ici le père qui s'excluerait du dialogue de la mère. " L'enfant refuserait le langage écrit parce que c'est celui du père lointain ou absent.

Tout enfant est confronté un jour où l'autre à ce problème de la communication et de la socialisation. Ce serait la période de dyslexie physiologique. De son environnement affectif à ce moment dépend sa possibilité d'assumer ce mode d'expression. Si les conflits sont trop graves, on a un blocage et une permanence de cette dyslexie au début physiologique.

Cette thèse est évidemment séduisante mais elle n'explique pas tout. En sa faveur on peut relever plusieurs faits :

- certaines dyslexies ont rétrocedé sans rééducation, après une psychothérapie,
- les échecs de la rééducation sont fréquemment dus à des réactions d'opposition ou d'inhibition de l'enfant.
- des dyslexies bien rééduquées peuvent rechuter à l'occasion de difficultés familiales ou scolaires, comme l'entrée en sixième, ou en raison d'événements extérieurs particulièrement angoissants.

Nous n'irons pas jusqu'à dire comme C. BOUVARD : " le dyslexique est un ingrat qui ne s'intéresse qu'à lui-même et a tendance à se replier sur soi dès qu'il rencontre une résistance." D'autres facteurs sont sûrement en jeu outre "l'ingratitude".

Nous n'aurons pas non plus la prétention de clore le débat et d'opter catégoriquement pour une thèse. Il est probable qu'elles interfèrent, un facteur provoquant la

résurgence d'un autre. Il est sûr qu'un enfant confronté à de graves conflits familiaux aura plus de risque de faire un dyslexique s'il est mal latéralisé ou s'il présente des troubles perceptivo-moteurs, que s'il est parfaitement normal, et vice versa.

CONDUITE A TENIR, PROPHYLAXIE, TRAITEMENT

I - PROPHYLAXIE DES TROUBLES LEXIQUES ET ORTHOGRAPHIQUES

Elle cherche à prévenir dans la mesure du possible l'apparition de la dyslexie, ou plutôt à la dépister le plus précocement possible : en effet de la précocité de la rééducation dépend le pronostic; plus le trouble est traité précocement, plus il a de chances de régresser totalement.

Pour cela il faut :

- A - Rééduquer précocement les troubles du langage, les troubles de la latéralisation, traiter les troubles affectifs et du comportement. Il faut même ne pas hésiter à différer l'apprentissage de la lecture si les conditions paraissent trop défavorables, évitant ainsi de mettre l'enfant en condition d'échec toujours traumatisante à l'arrivée au cours préparatoire.
- B - Favoriser l'apprentissage de la lecture dans les meilleures conditions possibles :
 - instituteurs stables et bien formés,
 - la méthode globale pure est le plus souvent à proscrire : elle favorise grandement l'apparition de la dyslexie chez des enfants même légèrement carencés sur le plan de l'organisation temporo-spatiale par exemple. Les méthodes analytiques ou mixtes sont moins dangereuses.
 - apprentissage à un âge suffisant, jamais avant 6 ou 7 ans. Trop souvent les parents ou même les maîtres poussent les enfants à un apprentissage trop précoce, privant ainsi les classes maternelles d'éléments plus évolués sur le plan du langage, et défavorisant ainsi les enfants de milieu plus pauvre en vocabulaire; l'enfant lui-même, malgré des apparences encourageantes, n'a pas la plupart du temps le niveau de maturité suffisant pour aborder les classes supérieures, et s'expose à redoubler, ce qui est le plus souvent très mal vécu pour lui et son entourage.

C - Il faut surtout insister sur l'extrême importance de dépister le plus précocement possible la dyslexie. On devrait la rechercher systématiquement chez tous les enfants présentant :

- un retard ou des difficultés scolaires peu spécifiques. Le trouble même minime peut gêner considérablement la scolarité.
- des troubles affectifs ou du comportement en particulier à type de troubles caractériels.

On pourrait ainsi éviter de retrouver des enfants de 12 ou même 14 ans dyslexiques, le trouble étant alors bien ancré et inaccessible à toute rééducation, et le retard scolaire étant tout à fait irrécupérable.

II - TRAITEMENT DU TROUBLE CONSTITUE

Deux méthodes, qui ont d'ailleurs chacune leurs indications préférentielles, sont surtout utilisées : la méthode de S. BOREL-MAISONNY et la méthode de CHASSAGNY.

A - La méthode de S. BOREL-MAISONNY

Elle se base sur l'efficacité du symbolisme gestuel et d'exercices psycho-moteurs d'orientation spatiale. L'enfant lie la lettre au son en passant par le geste : chaque lettre, voyelle ou consonne, plus tard chaque son complexe (oin, ain, eau...) correspond à un geste, lequel essaie de montrer un élément de la structure graphique de la lettre : par exemple pour le b l'enfant fait le geste d'une boule devant, et pour le d d'une bosse derrière. Le geste peut aussi essayer d'exprimer une particularité sonore de la lettre : par exemple pour le n, l'enfant tient son nez entre l'index et le majeur, pour sentir la vibration nasale provoquée par la prononciation de cette lettre.

C'est une méthode analytique très progressive. Le passage à l'orthographe est tardif. Au fur et à mesure des progrès de l'enfant on abandonne le geste, mais il doit savoir y revenir à la moindre difficulté.

Cette méthode s'adresse plus spécialement aux enfants jeunes dont la dyslexie s'inscrit dans un retard de parole et de langage.

B - La méthode de CHASSAGNY

Elle est basée sur l'emploi de séries dictées qui amènent le sujet à s'apercevoir quasi spontanément d'analogies ou de différences inconscientes pour lui. C'est le syncrétisme qui domine, perception spontanée et intuitive des analogies et des structures. L'exercice écrit prédomine. Les séances ont un aspect extrêmement mouvant et imprévisible.

Cette méthode est très intéressante pour l'apprentissage de l'orthographe. Elle s'adresse aux enfants qui n'ont pas de retard de langage oral, suffisamment âgés et intelligents pour percevoir les analogies. Cette méthode est insuffisante pour les fautes à mécanisme perceptif.

De manière concomittente il faudra traiter ou rééduquer les troubles associés :

- rééducation psycho-motrice : schéma corporel, rythme, latéralité,
- rééducation des troubles du langage.
- traitement médicamenteux par les anxiolytiques et les stabilisateurs de l'humeur...
- la psychothérapie est toujours importante : déculpabilisation, revalorisation, encouragements... Les entretiens avec la famille cherchent à lui expliquer le trouble et à la faire coopérer à la rééducation.

La rééducation sera au début hebdomadaire, les parents étant chargés, surtout dans la méthode de BOREL-MAISONNY, de répétitions quotidiennes. L'idéal serait l'ouverture de classes spécialisées où tout l'effort serait centré sur la rééducation sans se préoccuper des acquisitions scolaires, pour permettre à l'enfant une fois rééduqué, de faire une scolarité normale.

La rééducation est en principe confiée à l'orthophoniste qui doit faire preuve de patience et de rigueur méthodique, suivre le rythme de l'enfant, créer un climat de confiance et de compréhension.

Les résultats de cette rééducation sont la plupart du temps excellents, d'autant meilleurs qu'elle a été précoce;

ils sont toujours positifs même s'ils n'arrivent pas à la régression complète du trouble.

En conclusion, il faut insister sur l'importance de la connaissance de ce syndrome. Il met en jeu l'avenir de l'enfant tant sur le plan scolaire et professionnel, que sur le plan affectif et de la personnalité.

Le dépistage devra être précoce, le bilan complet, la rééducation systématique et pluridimensionnelle, s'attachant à corriger le trouble lexique et orthographique, ainsi que les troubles associés et secondaires.

Les discussions à propos de la dyslexie sont loin d'être closes, rien n'est définitif, beaucoup d'éléments restent inconnus ou inexpliqués. Nous avons simplement essayé de faire un bilan de nos lectures et de notre faible expérience personnelle.

DEUXIEME PARTIE

UNE METHODE DE REEDUCATION COLLECTIVE EN MILIEU INSTITUTIONNEL

Nous envisagerons successivement :

- Les structures de l'Institut Médico-Pédagogique dans lequel ce travail a été effectué et le cheminement qui a amené à la création d'une classe spéciale pour dyslexiques.
- L'organisation de cette classe : les rééducateurs, les élèves, les programmes.
- Les observations des enfants qui ont bénéficié de cette rééducation.
- Les résultats globaux et l'interprétation de ces résultats.
- Nous essayerons enfin de faire un bilan de cette expérience et d'exposer les perspectives d'avenir.

L' I M P

Le travail qui va suivre a été effectué à partir de l'expérience de l'Institut Médico-Pédagogique de Saint-Gras à Ambronay. Nous allons parler brièvement de cet établissement, de ses buts et de son fonctionnement.

Cet I M P a été ouvert en 1958. Les locaux servaient auparavant de colonie de vacances.

Il est géré par l'A.B.N.G. actuellement connue sous le nom d'Association Marguerite HEROLD pour la protection de l'enfance inadaptée. Le but de l'établissement est le traitement et la réadaptation d'enfants perturbés sur le plan affectif (névrotiques, anxieux) de niveau intellectuel normal ou paranormal (débiles légers).

Cet I M P reçoit des garçons de 7 à 14 ans. L'effectif est de 72 enfants. Le prix de journée est pris en charge par les caisses de Sécurité Sociale et l'Aide Sociale.

LE RECRUTEMENT

Les enfants viennent en priorité du département de l'Ain, puis de la région Lyonnaise. Lorsque l'effectif est incomplet, il est fait appel à un recrutement national (il s'agit en fait surtout d'enfants de la région parisienne où l'Association a d'autres établissements). Actuellement le délai pour être admis est bref car il a peu été fait appel aux autres régions et l' I M P couvre largement les besoins du département de l'Ain.

Les enfants sont envoyés essentiellement par les dispensaires d'hygiène mentale, parfois par des psychiatres privés. L'entrée est souvent tardive, vers 10 ou 11 ans, car on attend parfois que l'enfant ait deux ou trois ans de retard scolaire ou des troubles affectifs majeurs pour prendre une mesure médicale. Nous verrons combien cela est fâcheux pour la rééducation des dyslexies - dysorthographies. .

La durée de séjour moyenne est de quatre ans.

L'ENCADREMENT

L' I M P est géré par un directeur qui s'occupe surtout de tous les problèmes administratifs, et de personnel.

Il y a ensuite :

- Un psychiatre qui assure deux vacations d'une demi-journée par semaine.
- Une psychologue présente un jour par semaine. C'est elle qui est chargée, entre autres, de tester les enfants.
- Un professeur d'éducation physique et sportive qui travaille beaucoup avec la classe de dyslexiques pour les problèmes de rééducation psycho-motrice.
- Une orthophoniste à temps plein ainsi qu'une éducatrice scolaire formée à la rééducation des dyslexiques par la méthode gestuelle : nous reviendrons plus longuement sur leur rôle et leur travail, ultérieurement.
- Des éducateurs scolaires qui ont la charge effective des enfants .
Pour organiser et diriger le travail de ces éducateurs il y a :
 - une directrice des études qui a la responsabilité pédagogique des classes
 - un éducateur chef qui a la responsabilité des groupes en dehors de la classe.

Les enfants sont répartis en groupes déterminés en fonction de plusieurs critères :

- le niveau mental
- le niveau scolaire
- l'aspect physique (grand ou petit, chétif...)
- le caractère.

La scolarité s'effectue en cinq classes :

- cours préparatoire première année : C. P. I.
- cours préparatoire deuxième année : C. P. 2.
- cours élémentaire première année : C. E. I.
- cours élémentaire deuxième année : C. E. 2.
- cours moyen deuxième année : C. M. I.

L' ORIENTATION APRES L' I M P

Quelques enfants quittent l' I M P avant 14 ans. Ce sont ceux qui réintègrent leur milieu familial parce qu'il est devenu plus favorable et parce que les troubles névrotiques ont disparu. Les enfants qui en cours de séjour présentent des troubles importants tels que des troubles caractériels ou psychotiques sont orientés vers d'autres établissements.

La plupart des enfants restent dans l'établissement jusqu'à 14 ans. Un bilan est alors fait pour chacun, en tenant compte du milieu familial, de l'évolution des troubles affectifs, du niveau mental et scolaire, des motivations personnelles de l'enfant. A l'issue de ce bilan, l'enfant est orienté :

- soit vers une classe de transition dans un milieu familial normal,
- soit vers un autre placement si le milieu est très perturbé, si les troubles affectifs persistent ou si le niveau scolaire est particulièrement faible,
- soit, et c'est le cas le plus fréquent, vers l'Institut Médico-Professionnel de Châtillon-la-Palud, institut géré par la même association et qui a le même directeur et le même psychiatre que l' I M P de Saint-Gras. Les enfants sont ainsi pris en charge pendant une longue période par les mêmes personnes, assurant ainsi la continuité du traitement et des méthodes pédagogiques.

A Châtillon, ils suivent :

- . Un C M 2 et une sixième de transition, ou deux années de préapprentissage.
- . Une cinquième de transition et une classe de fin d'études, ou deux années d'apprentissage qui débouchent sur un C.A.P. Cet apprentissage se termine à 18 ans, âge limite pour l' I.M.P.

L'ORGANISATION DES LOISIRS ET LES CONTACTS AVEC LA FAMILLE

Les enfants sont donc séparés en groupes. Ils suivent une scolarité adaptée à leur niveau (les deux cours préparatoires par exemple, favorisent un bon démarrage.)

Les loisirs dans un but rééducatif tiennent une place importante:

- La moitié du temps de loisir est consacrée au sport sous toutes ses formes : athlétisme, natation (il y a une piscine à l' I M P qui a un énorme succès), ski l'hiver dans les stations proches, football, handball, basketball.... Des rencontres sont organisées là plus souvent possible avec les enfants des écoles de la région. Ces sports cherchent à développer la maîtrise du corps et la confiance en soi.
- Le reste des loisirs est occupé à des activités diverses : club de photo, travaux manuels, cinéma, audio-visuel, expression corporelle, danse folklorique. La vie à la campagne favorise toutes ces activités.

Les enfants ont un mois de vacances l'été, dix jours à Noël et dix jours à Pâques, pendant lesquels ils peuvent aller dans leur famille, s'il n'y a aucune contre-indication médicale en raison d'un climat familial particulièrement défavorable qui pourrait réactiver leurs problèmes affectifs.

Une visite est prévue pour les parents le premier dimanche de chaque mois. Si l'enfant habite à proximité il va passer cette journée chez lui. Certains enfants ont peu de visites en raison de l'éloignement de leur domicile ou du désintérêt de leurs parents. Des temps libres pour le courrier sont ménagés deux fois par mois. Les parents sont reçus par le directeur ou le psychiatre quand ils en font la demande.

LES METHODES EDUCATIVES

C'est essentiellement l'ambiance qui est thérapeutique et cherche à être sécurisante pour l'enfant. Il y a des lois et des règles à respecter qui mettent des limites sécurisantes, le contact adulte enfant est souple en fonction du degré d'anxiété, les enfants très anxieux supportant souvent mal une trop grande proximité.

Les thérapeutiques médicamenteuses ne sont pas négligées d'autant qu'elles sont la plupart du temps beaucoup mieux tolérées sur le plan des effets secondaires par les enfants que par les adultes : anxiolytiques, antipsychotiques, sédatifs.

Deux difficultés sont parfois rencontrées :

- les fugues déclanchées la plupart du temps par des problèmes relationnels entre l'enfant et le personnel, qui est bien difficile à recruter et à sélectionner.
- les enfants schizoïdes qui sont très difficiles à épanouir et s'adaptent très mal à la vie en collectivité.

Les résultats globaux du traitement par l' I M P sont satisfaisants pour la très grande majorité. A la fin du séjour l'anxiété est en principe liquidée.

A 18 ans, 80 % se sont "fait leur petite place" : un emploi stable où ils sont bien adaptés.

5 % lancent des appels à l' I M P où ils ont séjourné parce qu'ils sont à nouveau anxieux et n'arrivent pas à en sortir.

3 enfants en treize ans ont évolué vers la psychose et parfois l'hôpital psychiatrique.

15 % des enfants n'ont pas redonné de leurs nouvelles.

L' IDÉE DE CETTE REEDUCATION

Au cours de son fonctionnement l' I M P s'est trouvé confronté à un très gros problème. En effet 50 % au moins des enfants adressés à l'établissement sont des enfants dyslexiques-dysorthographiques ou des enfants présentant des troubles plus ou moins graves de l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe.

Dans les statistiques générales sur la dyslexie faites en milieu scolaire normal le pourcentage des enfants atteints de ce trouble ne dépasse pas 20 %. Le pourcentage élevé retrouvé ici semble s'expliquer par le fait qu'il ne concerne que des garçons (toutes les statistiques donnent un pourcentage de garçons trois fois supérieur au pourcentage de filles dyslexiques) et aussi par le fait que les problèmes affectifs peuvent favoriser l'apparition d'une dyslexie ou inversement. Puisque cet I M P traite exclusivement des garçons posant des problèmes affectifs le nombre de dyslexies se trouve par le fait même très important.

Un autre aspect a fait des dyslexies un problème préoccupant dans cet établissement, c'est le fait que des enfants immatures affectifs ont tendance à se dissocier s'ils présentent une dyslexie et des problèmes d'orientation temporo-spatiale en l'absence de rééducation. Le "flou" de la personnalité du dyslexique est très déstructurant.

Il était donc indispensable de prendre des mesures efficaces, en même temps qu'il était impensable de rééduquer individuellement par des leçons d'orthophonie une ou deux fois par semaine chacun de ces enfants. L'idée d'une rééducation collective s'est donc peu à peu imposée.

Une enquête a alors été faite dans de nombreux établissements pour enfants, sur les méthodes de rééducation des dyslexies utilisées. Cette enquête n'a pas donné beaucoup de résultats, un seul établissement de la région parisienne avait fait une expérience de classe de dyslexie mais de manière peu stable et peu structurée.

Le médecin psychiatre, le directeur et les éducateurs ont alors essayé de fonder une classe de dyslexiques de manière un peu empirique, étant bien entendu que les résultats et les difficultés rencontrées permettraient d'apporter des modifications au fur et à mesure du fonctionnement.

L'idée de base est qu'il faut laisser au second plan, sans bien sûr les abandonner totalement, les acquisitions scolaires générales pour ne s'intéresser en grande partie qu'à la rééducation de la dyslexie. Il est de ce fait exclu. que les enfants participent à la fois à une classe normale et à une rééducation intensive. Une classe tout à fait à part des autres a donc été créée, on lui a donné le nom de "Cours Spécial". Une orthophoniste à plein temps et une enseignante scolaire formée aux méthodes de rééducation de la dyslexie en assurent le fonctionnement. A la fin de la rééducation l'enfant réintègre une classe normale et peut alors rattraper, au moins partiellement, son retard scolaire dans les meilleures conditions.

Nous allons maintenant voir en détail comment fonctionne ce "Cours Spécial".

L' ORGANISATION DE LA CLASSE

METHODE DE TRAVAIL

Le Cours Spécial a été formé en Novembre 1968. Des améliorations ont pu être apportées au fur et à mesure en fonction des besoins et des résultats obtenus.

Nous allons étudier son fonctionnement actuel.

I - LE DEPISTAGE ET LE CHOIX DES ELEVES

Les enfants sont dépistés par le médecin psychiatre de l'établissement. Ils sont ensuite testés sur le plan lexique et orthographique par l'orthophoniste. Certains enfants sont alors retenus pour le cours spécial, d'autres pour des cours particuliers lorsque les troubles du langage oral sont prédominants, d'autres encore bénéficient à la fois du cours spécial et de leçons particulières lorsqu'à la dyslexie sont associés des troubles tels que le bégaiement... ou lorsqu'ils sont intégrés au cours spécial en cours d'année scolaire afin de rattraper leur retard sur le plan de la méthode gestuelle.

Le nombre des enfants est limité à neuf. Un petit nombre est nécessaire pour qu'il soit possible de s'occuper très attentivement de chaque enfant.

Les enfants ont entre 8 et 14 ans. Sont pris en priorité les enfants dont les troubles lexiques sont les plus importants et gênent le plus une scolarité normale. Les autres restent en attente jusqu'à ce qu'un enfant quitte le cours spécial. En général tous les enfants dyslexiques peuvent être pris rapidement en rééducation.

Les enfants sont au départ de niveau scolaire différent, du C.P.1. au C.F.2. La classe est assurée par une institutrice éducatrice formée à la méthode gestuelle pour toutes les matières hormis la lecture et l'écriture qui sont réservées à l'orthophoniste.

II - L'ORGANISATION DE LA CLASSE

Les enfants qui bénéficient du cours spécial y passent toute la journée et sont complètement déconnectés des classes normales. Le travail scolaire se fait dans une ambiance de rééducation qui leur est très salubre.

A - La rééducation lexique et orthographique proprement dite

Elle a lieu le matin pendant deux heures, cinq jours par semaine, le jeudi et le dimanche étant bien entendu jours de vacance.

L'apprentissage de la lecture et de l'orthographe repose sur un ensemble de fiches créées par l'orthophoniste à partir du matériel suivant :

- "Méthode gestuelle de BOREL-MAISONNY"
- "Traitement de la dyslexie" par Arlette BOURCIER
- " La dyslexie maladie du siècle" par Arlette BOURCIER et Roger MUCCHIELLI.

Les fiches sont au nombre de 60. Chaque enfant possède un exemplaire de chaque :

- La première est consacrée aux voyelles sauf le "e" .
- La deuxième au "e" et à ses différentes prononciations avec les divers accents.
- A partir de la troisième fiche commence l'étude des consonnes. Elles sont étudiées d'abord isolées, puis groupées par deux, celles que les enfants ont l'habitude de confondre : par exemple s et z, f et v, t et d...

Sur toutes les fiches les voyelles sont toujours écrites en rouge et les consonnes toujours en bleu.

L'orthophoniste présente la fiche, le geste qui correspond au phonème étudié et explique pourquoi telle lettre se traduit par tel geste (par exemple le "d" qui se fait avec une bosse dans le dos). Chaque fiche est illustrée d'un dessin qui montre une particularité de la lettre ou un objet dont le nom contient la lettre étudiée (par exemple un bonbon pour le "b", une pipe pour le "p"). Les enfants répètent le geste avec la main avec laquelle ils ont l'habitude d'écrire.

Pour les lettres qui correspondent à un geste difficile quant à son orientation dans l'espace, par exemple le "s", les enfants peuvent s'aider de la pâte à modeler avec laquelle ils reproduisent la lettre, ou bien ils la dessinent sur le sol et marchent sur le dessin dans le sens du geste.

Sur une fiche chaque consonne est associée à toutes les voyelles, la voyelle étant placée devant et après la consonne.

Après les voyelles et les consonnes les enfants apprennent les sons complexes : ou, in, au, oin, ion...

Pour l'orthographe la rééducation est basée aussi sur la méthode gestuelle. Les enfants font :

- des dictées de gestes : l'orthophoniste fait le geste, ils doivent reconnaître la lettre correspondante et l'écrire.
- des dictées de sons : l'orthophoniste prononce un son, l'enfant l'écrit en s'aidant lui-même du geste.
- des dictées de mots qui s'écrivent phonétiquement, puis des mots avec une orthographe d'usage, enfin des phrases.

La correction des dictées se fait en commun : un enfant dicte (il doit donc savoir se relire), un autre écrit au tableau.

On passe à la fiche suivante quand la précédente est acquise par tous les enfants. Chaque matin avant de passer à une nouvelle fiche on révise les précédentes. Les soixante fiches sont en principe étudiées en deux trimestres. Pendant le dernier trimestre on étudie les règles élémentaires d'orthographe, par exemple les règles du pluriel, celle du "m" devant "m, p, b".... Le dernier mois de l'année scolaire est consacré aux révisions de tout ce qui a été étudié dans l'année.

B - Les répétitions

Elles sont assurées par l'institutrice qui s'est initiée à la méthode gestuelle de BOREL-MAISONNY. Elle fait lire les élèves un quart d'heure chaque après-midi. Les lectures sont choisies en accord avec l'orthophoniste progressivement sur :

- "La méthode BOSCHER"
- puis "Une semaine avec les bêtes chez elles", niveau C.P.
- enfin "Mon jardin en liberté", niveau C.E.

Tous les élèves capables d'une lecture à peu près courante lisent avec la même institutrice le jeudi matin et le samedi après-midi durant une demi-heure un passage d'un livre de bibliothèque de leur choix. Bien entendu à ce niveau les enfants lisent sans les gestes mais ils doivent savoir y revenir à la moindre difficulté. Les élèves capables d'assimiler des règles d'orthographe d'un niveau un peu supérieur, travaillent en cours particuliers avec cette institutrice de 8 h.30 à 10 heures. Ils utilisent "La grammaire pour écrire et parler" de DELPIERRE et FURCY. Ce sont des exercices d'orthographe grammaticale et d'orthographe d'usage.

C - Les autres disciplines

La directrice des études de l'établissement a laissé entière liberté à l'institutrice pour établir ses programmes, compte tenu de l'intérêt des élèves et du rythme de travail de la classe, car, non seulement le niveau n'est pas homogène, mais les différents groupes de travail ne sont pas les mêmes pour toutes les disciplines (par exemple un enfant peut être du niveau C.E. pour le calcul, il travaillera avec des enfants de ce niveau cette matière, et être du niveau C.P. pour les sciences et travaillera cette matière avec un autre groupe.)

Les matières telles que récitation, sciences, histoire.... peuvent former un centre d'intérêt où les enfants retrouvent sous un autre aspect le même sujet :

par exemple : le printemps (récitation, sciences,
vocabulaire)

la mer (récitation, géographie)

le charbon (sciences, géographie)

A la fin de chaque leçon, quand la matière étudiée le nécessite, tous les élèves copient les mêmes résumés qu'ils doivent apprendre en étude le soir dans leur groupe, sauf les plus jeunes qui n'ont pas d'étude et qui participent oralement à la classe.

Tous les élèves sont notés à la fin de chaque interrogation, aucune composition écrite ne leur est demandée.

Programme et horaires des différentes matières

Morale :

Quinze minutes par jour. L'enseignement s'appuie sur le livre de G. VILLARD "La morale en action"

Ecriture :

Une demi-heure chaque jour. Ce travail est très important chez les enfants dyslexiques qui ont souvent une écriture déplorable.

- Etude des majuscules que les plus jeunes connaissent mal.
- Copie d'un passage du texte lu la veille.

Récitation :

Une heure par semaine. Cet exercice cherche à développer la mémoire des enfants. Les textes sont d'un niveau différent pour qu'ils puissent plaire aux plus grands comme aux plus petits. Ils sont d'auteurs classiques ou modernes, et choisis en fonction du centre d'intérêt, de la progression des saisons, des leçons de sciences, d'histoire et de géographie. Les récitations, comme les autres leçons sont apprises en étude.

Vocabulaire :

Une heure chaque semaine. Les sujets sont choisis en fonction des leçons de géographie et de sciences, des saisons, des événements de la vie courante. Les mots nouveaux sont commentés, expliqués avec les élèves et écrits au tableau. Les mêmes mots sont revus une semaine après en élocution (3/4 d'heure le mardi matin) et utilisés dans des exercices oraux, des phrases. Pour l'élocution de nombreux exercices sont faits à l'aide du magnétophone, les enfants peuvent s'entendre parler et corriger leurs troubles éventuels. Ce travail est très profitable pour les enfants puisque la dyslexie est souvent accompagnée d'un retard de langage, tant du point de vue de l'expression que de la compréhension.

Grammaire :

Une heure par semaine. La progression est établie en début d'année en fonction des connaissances déjà acquises par les enfants. Les règles étudiées sont du niveau du cours élémentaire. Les connaissances qui doivent être retenues sous forme de règles sont groupées par fiches que l'élève apprend en étude.

Rédaction :

Une heure par semaine. Elle est en principe remplacée par l'élocution. Cependant quelques exercices écrits sur un sujet donné ayant un rapport avec le vocabulaire, sont réalisés. Le cours spécial correspond avec une classe de perfectionnement d'un village voisin. Une fois par mois les élèves écrivent à leur correspondant, cela constitue un excellent exercice de rédaction. Il en est de même pour le journal "qu'édite" l' I M P et auquel collaborent les élèves du cours spécial.

Histoire :

Une heure par semaine. Le programme suivi est celui du C.E.I.

Géographie :

Le niveau est le même que celui suivi pour l'histoire. Les élèves illustrent les résumés de dessins ou d'images fournies par la maîtresse, puisque les élèves ne peuvent sortir pour faire des recherches personnelles.

Calcul :

Une heure chaque jour. C'est dans cette matière que la différence de niveau scolaire est la plus évidente et la plus difficile à résoudre. Aussi chaque élève a son cahier de calcul individuel (ARDIOT & WANAUULT). Le programme C P et C E suit la progression établie par l'Education Nationale pour ces classes et chaque cours complet est réparti en trois cahiers que l'élève utilise au fur et à mesure de son rythme de travail et de sa capacité d'assimilation. L'effectif réduit permet une participation active de chacun

- manipulation facile (exemple les poids)
- libre utilisation du tableau noir pour ceux qui le désirent.

Sciences :

Une heure par semaine. Les élèves sont invités à une manipulation aussi souvent que possible, à l'observation d'un sujet concret; cela est bien entendu facilité par la vie à la campagne : étude de quelques arbres du parc ou des fleurs, des roches...

Travaux manuels :

Une heure chaque semaine. Ce sont de petits travaux simples qui cherchent à développer l'habileté manuelle des enfants, beaucoup de dyslexiques, du fait en particulier des troubles de la latéralité, ont des problèmes de coordination motrice.

Dessin :

Une heure chaque semaine, et lorsque l'occasion se présente d'illustrer un cours quelconque. Les dessins libres développent l'imagination du sujet, les dessins d'après nature son esprit d'observation.

Chant :

Quinze minutes chaque jour. Les chants sont choisis dans des répertoires très différents parfois demandés par les élèves. L'accent est mis sur le rythme dont la perception est souvent déficiente chez l'enfant dyslexique.

Activités dirigées :

Les élèves du cours spécial sont chargés de s'occuper du " zoo " (oiseaux et lapins) et ont un petit jardin qu'ils entretiennent.

Education physique :

Les élèves la font dans leur groupe le matin. Cette séance journalière est complétée par un cours de rééducation psychomotrice (une heure le mardi), qui permet à certains élèves d'acquérir une meilleure perception de leur schéma corporel et une meilleure coordination motrice. Cette rééducation est confiée à une monitrice spécialisée.

En dehors du cours spécial à l'intérieur de l' I M P les enfants appartiennent à un groupe déterminé en fonction de leur âge. Une institutrice-éducatrice a la charge de ce groupe. L'élève du cours spécial participe aux activités de ce groupe uniquement pour la gymnastique du matin, les repas et les veillées. Cette monitrice donne une appréciation sur le comportement de l'enfant dans le groupe.

Tout le reste du temps est passé au cours spécial. Les matières les plus importantes, lecture et orthographe, sont assurées par l'orthophoniste. Les répétitions et les autres matières sont faites par l'institutrice du cours spécial. Les programmes et les méthodes d'enseignement sont conçus en fonction d'une meilleure rééducation. Il est extrêmement important que cette institutrice soit formée à la méthode gestuelle. Cela lui permet à chaque instant et pour chaque matière de reconnaître les difficultés spécifiques de l'élève et de l'aider par la méthode gestuelle.

Au cours spécial, les bulletins scolaires sont établis par l'institutrice. Elle donne des notes sans établir de classement. Elle désigne simplement un premier en conduite et un premier en travail qui reçoivent une récompense.

OBSERVATIONS

Nous allons envisager successivement :

Les méthodes d'études : choix des observations
 choix des documents
 le schéma de la rédaction

Les observations au nombre de 23.

Les conclusions que l'on peut tirer de l'étude de ces 23 cas.

 Ebauche statistique

 Interprétation des résultats.

LES METHODES D'ETUDE

I - LE CHOIX DES OBSERVATIONS

Nous avons recueilli les observations de tous les enfants qui ont bénéficié du "Cours Spécial" depuis ses débuts en septembre 1968, et qui l'ont quitté définitivement, cela afin de pouvoir juger valablement des résultats de la rééducation complète.

Nous avons cependant pris l'observation d'un enfant qui est encore au cours spécial, parce qu'il y est depuis plus d'un an et que la rééducation est presque terminée.

Ces observations sont au nombre de 23 échelonnées sur trois années scolaires. Ce chiffre, bien que restreint, permet malgré tout de se faire une idée valable de cette méthode de rééducation, puisqu'il présente un éventail d'enfants ayant posé des problèmes divers sur le plan psychologique, et atteints de troubles lexiques et orthographiques à divers stades de gravité.

II - LE CHOIX DES DOCUMENTS

Les observations médicales dans un tel I M P sont touffues. Il nous a fallu opérer un choix parmi tous ces documents.

Nous avons choisi de présenter successivement :

- A - Les initiales du nom de l'enfant et son prénom
- B - La date de naissance plus pratique que l'âge puisque la rééducation est souvent longue, (elle dure parfois deux ans) et que le début de la rééducation ne coïncide pas forcément avec l'entrée dans l'établissement.
- C - La date d'entrée en I M P. Elle correspond au moins pour les enfants présentés en Hygiène Mentale pour retard scolaire, à la période où les troubles lexiques sont devenus majeurs et gênants.
- D - Les motifs de la consultation en Hygiène Mentale qui a orienté l'enfant sur un I M P. Ils permettent de connaître

le trouble dominant présenté par l'enfant réactionnel à la dyslexie ou à des difficultés familiales.

- E - Le milieu familial. Il est très important à étudier pour comprendre d'une part l'origine des troubles lexiques, si l'on adhère à la théorie psychogénétique de troubles affectifs, et surtout de comprendre les troubles psychiatriques de ces enfants qui sont en majorité des anxieux et des dépressifs.
- F - Les antécédents personnels de l'enfant. Ils donnent des renseignements sur ce qu'il a pu y avoir de pathologique ou de particulièrement traumatisant à la naissance (forceps, cyanose....) ou pendant la petite enfance (convulsions, retard de langage ou de développement, bec de lièvre...)
- G - La scolarité de l'enfant avant son admission en I M P. Elle permet pour ce qui nous intéresse, de constater les énormes difficultés scolaires rencontrées par ces enfants dyslexiques. Dans la mesure où nous avons des renseignements suffisants, nous avons essayé de donner le comportement de l'enfant à l'école, refus, indifférence, instabilité...
- H - Le caractère de l'enfant. Nous entendons par là les traits de comportement positifs ou négatifs, signalés par la famille. Nous pouvons ainsi évaluer le retentissement des troubles lexiques sur le comportement en famille. Ces troubles sont évidemment difficiles à différencier de ceux réactionnels au milieu lui-même, la plupart du temps déficient.
- I - L'examen psychiatrique. Il est effectué par le médecin psychiatre de l'établissement. Il voit régulièrement les enfants et note chaque fois leur comportement et les troubles décelés. Nous avons en principe résumé le premier examen fait à l'entrée, sauf lorsque l'évolution se faisait de manière fâcheuse, expliquant la régression intellectuelle et l'échec de la rééducation (cas d'un enfant qui a évolué vers la psychose).

Nous mentionnons dans la même rubrique les résultats succincts du seul test projectif fait à tous les enfants, le C.A.T. Il permet surtout de voir les réactions de l'enfant par rapport à son milieu familial et les solutions qu'il a trouvées à ses conflits.

- J - Le quotient intellectuel. Nous avons choisi comme test le Wisc parce qu'il a été fait à tous les enfants. Le Binet où le Raven n'ont été faits qu'irrégulièrement. Les tests sont faits par la psychologue attachée à l'établissement. Nous notons le chiffre trouvé à peu près au début de la rééducation et celui correspondant à la sortie du cours spécial.
- K - La latéralisation. Les résultats sont jugés de manière simple et pratique à partir de petits tests inspirés de la batterie de Piaget-Head. On étudie la préférence droite ou gauche pour l'oeil, le pied et la main.
- L - Le bilan d'orthophonie. Il a été pratiqué par l'orthophoniste de l' I M P.
Nous décrivons un premier bilan, en général celui qui a permis le dépistage et l'orientation vers le cours spécial. Ce bilan est analytique, il essaie de décrire les troubles de l'articulation, de la lecture et de l'orthographe.
Le deuxième bilan correspond à la sortie du cours spécial. Il est plus synthétique, donnant le niveau de lecture et d'orthographe de l'enfant en indiquant la classe normale qu'il est capable de réintégrer à ce moment.

Nous concluons par une appréciation des résultats de la rééducation, appréciation que nous avons donnée avec l'aide de l'orthophoniste qui a été chargée de la rééducation.

III - LE SCHEMA DE LA REDACTION

Il est identique pour tous les cas.
Nous allons résumer son plan.

- Le numéro de l'observation. Elles ont été classées par lettre alphabétique.
- Initiales du nom, et prénom de l'enfant
Date de naissance
Date d'entrée à l' I M P
- Motifs de la consultation d'Hygiène Mentale initiale
- Milieu familial : père
 mère
 fratrie
 ambiance familiale
- Antécédents personnels
- Scolarité antérieure : la classe
 le comportement scolaire
- Caractère de l'enfant

- Examen psychiatrique : les traits dominants
le C.A.T.
les conclusions
l'évolution quand elle a été péjorative
- Le quotient intellectuel : au début de la rééducation
à la fin
- La latéralité et la structuration temporo-spatiale
- Le bilan d'orthophonie :
 - avant la rééducation : articulation
lecture
orthographe
langage
 - après la rééducation : bilan de niveau lexique et
orthographique global
- Les résultats.

Lorsqu'il n'y a rien de particulier à signaler mais que le problème a été malgré tout envisagé nous notons: R.A.S.

Lorsqu'une rubrique est absente dans une observation, nous n'avons pu obtenir de renseignements à ce sujet.

N° 1

AL... Jean-Pierre né le 21.1.1961
 entré à l' I M P le 31.8.1970

Présenté en dispensaire d'Hygiène mentale pour troubles du caractère.

Milieu Familial

- Père - maçon, éthylique, coléreux, irritable
- Mère - fille de salle dans une clinique
- Un frère plus âgé
- Famille d'origine italienne en France depuis 1956.
 Milieu bilingue. Jean-Pierre comprend l'Italien mais ne le parle pas.
- Elevé par une nourrice dure, qui préférait son frère.
- Milieu peu éducatif, perturbé par l'éthylisme du père.
- Mère affectueuse mais sans autorité.

Antécédents personnels

- Naissance et premier développement normaux..
- Convulsions dans la petite enfance.
- Bégaiement, chuintement, zézaïement.

Scolarité antérieure

C.P. qu'il triple
 Nombreux changements d'instituteurs
 Attitude de refus scolaire. A conscience de son retard et en souffre.

Caractère

Impulsif, coléreux, opposant
 Infériorisé = son frère aîné le traite "d'imbécile"

Examen psychiatrique

Abandonnique positif, inhibé, tendu, anxieux
 Quête l'approbation revalorisatrice
 Traité par Théralène.

Quotient intellectuel

Wisc=en 1970 = 64
 en 1971 = 77

Latéralité imparfaite : Main droite, oeil gauche, pied droit.

Structuration temporo-spatiale : imparfaite = retard de 3 ans

N'a pas de repère dans le temps.

Bilan d'orthophonie

- Septembre 1970 . Articulation = R.A.S.
mais on remarque bégaiement, zézalement,
chuintement
 - . Lecture = échec aux syllabes complexes
confusions importantes
 - . Dictée = a acquis les graphèmes simples
nombreuses inversions
 - . Langage = niveau de compréhension et d'expres-
sion : 7 ans

Mis au cours spécial en septembre 1970

Cours particuliers de rééducation du langage oral

- Juillet 1971 . Toujours un léger défaut de prononciation
qu'il peut corriger quand il fait attention.
S'est révélé un très bon élément, la compréhen-
sion est parfois lente mais les acquisitions
sont sûres.

L'orthographe est meilleure que la lecture
Confond encore parfois les m et les n

Il quitte le cours spécial en Juillet 1971 pour entrer en CE 2
On peut considérer les résultats de la rééducation comme bons.

N° 2

BL... Bernard né le 17.I.1959
 entré à l' I M P le 10.2.1970

Présenté en dispensaire d'Hygiène Mentale pour retard scolaire et retard de langage associés à des troubles du comportement.

Milieu Familial

- Père - aide-soignant, instable, a fait des "crises nerveuses"
- Mère - Santé fragile. Affectueuse mais dépassée par une trop nombreuse famille.
- Neuf enfants : Bernard est le 5ème. Tous ont présenté du rachitisme et un retard scolaire.

Carence éducative, et même alimentaire.

Antécédents personnels

- Retard de développement = premiers mots à deux ans.

Scolarité antérieure

Triple le C P - échec scolaire complet
 grosse inhibition.

Examen psychiatrique

Très craintif dans sa première enfance = hurlait dès qu'il entendait une voix.

Petits vols, jaloux, coléreux à la moindre frustration.

Anxieux, irritable, conscient de son retard scolaire.

Immatur affectif, oral, abandonnique positif, masochiste

Au C A T = Pas de défenses. A très peur du père.

Latéralité imparfaite : Main drcite, oeil droit, pied gauche.

Structuration temporo-spatiale assez bonne. Petit retard d'un an.

Quotient intellectuel

Wisc = en 1970 = 0,83

Bilan d'orthophonie

Septembre 1970 . Articulation = déformation des consonnes soufflées.

- . Lecture = confond b et d, m et n, g et n
 ajoute ou supprime des lettres
 nombreuses inversions
- . Orthographe = mêmes fautes qu'en lecture
- . Langage = vocabulaire très pauvre
- . Graphisme déplorable

Entre au cours spécial en septembre 1970.

Juillet 1971 . Moins de confusion en lecture : lecture semi-courante, mais peu expressive.

- Résultats en orthographe irréguliers

Quitte l'établissement en Juillet 1971 = niveau scolaire du CE2.

On peut considérer ce résultat comme moyen.

N° 3

CO... Yves Né le 30.10.1958
 Entré à l' I M P le 31.9.1970

Présenté en Hygiène Mentale pour refus scolaire.

Milieu Familial

- Père - ouvrier
 - Mère - début de sclérose en plaques - A quitté le foyer.
- Cinq frères et soeurs. Yves est le 4ème.

Antécédents personnels

- Réanimé à la naissance.
- Deux mastoïdites = petite diminution de l'acuité auditive.

Scolarité antérieure

CE 1 = attitude de refus scolaire

Examen psychiatrique

Craintif, hyperémotif, inhibé, peu de contact.
 Reste dans sa coquille car il entend mal.
 Toujours au bord des larmes.
 Lent et passif.

Quotient intellectuel

Wisc = fin 1970 72
 fin 1971 85

Latéralité très variable = prédominance Droite pour l'oeil et le pied. Ecrit de la main gauche. Se sert de la main droite pour le reste.

Structuration temporo-spatiale : Retard de 3 ans

Bilan d'orthophonie

Septembre 1970 . Articulation = schlintement sur les soufflées

- . Lecture = lent, hésite, lit d'abord pour lui-même
- Confond les b et les d
- Nombreuses inversions

- . Orthographe = confond ch et s, u et n
- Saute des lettres, inversions.

Entre au cours spécial en septembre 1970

Janvier 1971 . Lit d'une façon courante

- . Persistance de quelques difficultés d'orthographe d'usage et de grammaire

Quitte le cours spécial à cette date. Niveau CE 2.

On peut considérer les résultats de la rééducation comme excellents.

N° 4

DE... Serge né le 27.1.1960
 entré le 31.8.1970

Motif de la consultation = retard scolaire.

Milieu Familial

- Père - emballeur, nerveux, sobre. A un cancer de la gorge depuis 1968.
- Mère - nerveuse et émotive.
- Milieu perturbé par la maladie du père et la nervosité de la mère.

Scolarité antérieure

CE 1 où il est instable et nerveux.

Examen psychiatrique

Enurésie accidentelle, dort mal, onychophagie
Angoissé par la maladie du père. A peur de le perdre
Peur de la mort. Contact positif

Quotient intellectuel

A l'entrée 85 au Wisc

Latéralité = droitier homogène.

Bilan d'orthophonie

En 1970 . Articulation = R A S

- . Lecture = très difficile, lente, nombreuses inversions. Les mécanismes de bases sont mal appris. Il déchiffre les phrases et arrive à corriger à la deuxième lecture par le sens des mots.

- . Dictée = nombreuses inversions
Adjonction ou suppression de graphèmes (2 f)

En 1971 . Bon élément en lecture

Encore quelques difficultés en orthographe,
mais beaucoup de progrès.

A réintégré un C P 2

Les résultats sont donc bons.

N° 5

DO... Michel né le 19.3.1961
 entré le 16.7.1969

Présenté en hygiène mentale pour anxiété.

Milieu Familial

- Père - chauffeur. A quitté le foyer et vit avec une autre femme.
- Mère - couturière. Malade mentale. Nombreux séjours en Hôpital psychiatrique.
- Quatre frères et soeurs plus âgés.

Milieu perturbé par le départ du père et la maladie de la mère.

Antécédents personnels

- Pas de renseignements.

Scolarité antérieure

C P. Pas d'autres renseignements

Examen psychiatrique

Enfant inhibé qui cherche à se faire cajoler
Fond anxieux, coopérant, gentil, serviable.
Abandonnique positif aimant.

Au C A T = anxieux devant l'autorité. Phantasmes de dévoration
Peu de défenses

Quotient intellectuel

Wisc = en 1969 = 0,79
en 1971 = 0,85

Latéralisation : mauvaise = Main droite, oeil gauche
Pied indifférent, droite ou gauche

Structuration temporo-spatiale = retard de deux ans.

Bilan d'orthophonie

Avril 1970 . Articulation = R A S

- . Lecture = nombreuses méconnaissances
confusion b et d, q et p
lecture de mots impossible
- . Dictée = très peu d'acquisition
confusion s et z

Entre au cours spécial en Avril 1970

Juillet 1971 . Une deuxième année au cours spécial a été profitable.

La lecture courante est acquise de même que le mécanisme de l'orthographe.

Réintègre le cycle normal en septembre 1971 :
Niveau CE 1.

Les résultats sont donc excellents.

N° 6

FA... Bernard né le 19.3.1957
 entré le 14.7.1965

Présenté en Hygiène Mentale pour inadaptation scolaire

Milieu Familial

- Père inconnu
- Mère - 5 enfants naturels. Vit en concubinage avec son cousin germain.
 Bernard a été élevé chez une tante jusqu'à 5 ans, puis en orphelinat. Grosse carence affective et éducative.

Scolarité antérieure

C F : nul en classe, fantaisiste

Caractère

Impulsif, triste, affectueux, serviable, généreux
 Mensonges de disculpation.

Examen psychiatrique

Immatur affectif, dépressif, hypersensible.

Au C A T = images familiales bien vues
 foncièrement dépendant et ambivalent
 Pas d'agressivité.

Quotient intellectuel

Wisc = en 1965 = 83
 1966 = 88
 1971 = 96

Latéralisation = droitier homogène

Organisation temporo-spatiale mauvaise : n'atteint que 6 ans 1/2 pour 11 ans.

Bilan d'orthophonie

En 1968 . Articulation = R A S

- . Lecture = confusions visuelles et auditives
 d et b, p et q, m et n, j et z, ch et s, n et gn
 Inversions et variations de prononciations
 Méconnaissances.
 Arrive à compenser à la lecture du texte en inventant ce qu'il ne comprend pas.
- . Dictée = mêmes types de fautes
 omission ou ajout de graphèmes.

Entre au Cours Spécial fin 1968.

Novembre 1969 . Les troubles lexiques ont disparu.
Les résultats sont très satisfaisants en
lecture et valables en dictée.

Réintègre un CE 2 en Janvier 1970.

Les résultats de la rééducation sont donc excellents.

N° 7

FE... Joseph né le 6.9.1958
 entré le 25.1.1966

Présenté en hygiène mentale pour troubles du comportement
chez un enfant très immature.

Milieu Familial

- Père - instable et faible, joueur, souvent absent -
divorce en 1960.

- Mère - aigrie et débordée, frustrante

Milieu fruste et conflictuel. Carence affective et éducative.

Antécédents personnels

- Nourrisson nerveux, terreurs nocturnes
eczéma du nourrisson jusqu'à trois ans.
Convulsions.

Scolarité

CP = à peu près nulle, joue le bébé. Nerveux et capricieux.

Examen psychiatrique

Méfiant, ne fait pas confiance aux adultes, indépendant,
rouspeteur

Au C A T aucune image familiale. Ne paraît pas comprendre.
Diagnostic = immature, dépendant, méfiant, comportement
autistique dominant.

Quotient intellectuel

au Wisc = en 1968 = 84
 en 1970 = 92

Latéralité = gaucher homogène, non contrarié.

Structuration temporo spatiale = Léger retard.

Bilan d'orthophonie

Fin 1968 . Lecture très déficiente, essaie de compenser grâce à une excellente mémoire.

Méconnaissance des graphies complexes = ph, th
c, z, h

Confusions visuelles = d et b, p et q
 auditives = e et é, au et ou...

Omission ou ajout de phonèmes

Variation de prononciation

A la lecture des mots on retrouve toutes les erreurs d'ordre perceptif habituelles chez le dyslexique.

- Dictée = même type de fautes

Entre au cours spécial en 1968

Avril 1970 . Les troubles dyslexiques ont disparu.

L'orthographe demande encore à être suivie

Quitte le cours spécial à cette date pour rentrer en CE I normal.

Les résultats sont moyens compte-tenu des fautes d'orthographe encore persistantes et de la longueur de la rééducation (deux ans).

Nº 8

FE... Laurent né le 3.5.1955
entré le 10.10.1964

Présenté en Hygiène Mentale pour troubles du caractère.

Milieu Familial

- Père et mère décédés en 1958 dans un accident de voiture.
- Un frère et une soeur

Les enfants sont élevés par les grands parents paternels, bons mais débordés et qui rappellent sans cesse aux enfants l'accident des parents.

Scolarité antérieure

C P = nul, instable, turbulent, agressif.

Examen psychiatrique

Triste, se bloque pendant l'entretien.

Détresse d'abandon. Meticuleux

Au C A T _ Désarroi d'abandon profond.

Quotient intellectuel

Wisc = en 1965 = 85

en 1967 = 99

en 1969 = 103

Latéralité = droitier homogène.

Bilan d'orthophonie

Fin 1968 . Articulation = R A S

. Lecture = très lent. Méconnaissance des phonèmes
Inversions nombreuses

. Orthographe = agraphie = aucune acquisition

Entre au cours spécial en 1968

Juillet 1969 . Très gros progrès - Lecture à peu près courante.

. En orthographe = encore quelques fautes
Inversion dans les doubles consonnes

Quitte l'établissement en Juillet 1969

Les résultats sont donc bons.

N° 9

FR... Daniel né le 2.2.1960
 entré le 14.10.1968

Présenté pour troubles du comportement = enfant rêveur,
toujours ailleurs.

Milieu Familial

- Père manoeuvre, débile, illettré, éthylique. Malgré tout
"un brave homme".
- Mère malade mentale hospitalisée en hôpital psychiatrique
- Quatre frères et soeurs, Daniel est le 4ème.

Scolarité

C P = sage, timide, perdu dans un rêve intérieur.

Examen psychiatrique

Grand anxieux, émotif, inhibé, s'isole.

Gentil, doux, effacé, rêveur.

Insomniaque, fait des cauchemars

Au C A T = anxiété orale, crainte de la mère, préfère le père.

Fausse débilité par carence affective maternelle réelle.

Quotient intellectuel

Wisc = 1968 = 94

1971 = 97

Latéralité = peu homogène = oeil droit, pied droit, main gauche.

Bilan d'orthophonie

En 1968 . Articulation = R A S

- . Lecture et test phonétique = alexie, n'associe pas les sons en syllabes, confond b et d, m et n, p et q. Inversions, confusions, réponses aberrantes.

- . Dictée = Méconnaissances énormes, agraphie

Entre au cours spécial en 1968

Avril 1970 . Lecture très satisfaisante.

Ne fait plus de confusions

- . Orthographe = Persistance de quelques fautes de grammaire.

Réintègre un CP 2 normal en avril 1970.

On peut considérer les résultats de la rééducation comme excellents malgré sa durée (deux ans) étant donné les troubles majeurs présentés par Daniel à son arrivée.

N° 10

GA... Didier né le 19.9.1958
 entré le 19.7.1969

Présenté en Hygiène Mentale pour retard scolaire, dyslexie, instabilité.

Milieu Familial

- Père - Manoeuvre, éthylique, a quitté le domicile conjugal.
- Mère - Remariée, fait ce qu'elle peut.

Scolarité

Classe de perfectionnement où on le dit instable, turbulent, bavard.

Examen psychiatrique

Instable, anxieux, triste
 Gentil et serviable. Démissionne devant les difficultés.

Quotient intellectuel

En 1969 = au Wisc 96
 en 1971 = 97

Latéralité = variable, se sert indifféremment des deux mains.

Bilan d'orthophonie

- En septembre 1969 . Articulation = R A S
- . Lecture = nombreuses inversions et confusions
 Méconnaissance des variations de prononciation.
 - . Dictée = confond s et z, d et b...
 Dysorthographe plus importante que la dyslexie.

Entre au cours spécial en 1969

- En septembre 1970 . Lecture rapide mais saccadée, s'améliore si on l'oblige à lire lentement.
- . Orthographe encore mauvaise .Confusion de sons, par exemple oin pour ain.

Réintègre un CE 2 normal en 1970

Les résultats sont donc bons en lecture, moyens en orthographe.

N° 11

GI... Jean-Pierre né le 23.4.1957
 entré le 22.7.1967

Présenté en Hygiène Mentale pour retard scolaire.

Milieu Familial

- Père - ouvrier maçon, agressif, structure paranoïaque
- Mère - santé médiocre. Dépassée par les événements.

Milieu déficient sur le plan autorité et éducation.

6 enfants. Ils sont tous suivis en Hygiène Mentale, un garçon est psychotique.

Antécédents personnels

Cyanosé et réanimé à la naissance
 Convulsions à un mois.

Scolarité

C P = passif, bavard, poli , calme par crainte

Caractère

Têtu ou gentil, affectueux, serviable, irritable
 Rêveur, inhibé et passif

Examen psychiatrique

Passif, craintif, exclusif
 Enurésie irrégulière

Au C A T = fixation à la mère. Anxiété vis-à-vis des images
 paternelles.

Quotient intellectuel

Au Wisc en 1976 = 65
 en 1969 = 79

Latéralité = gaucher

Bilan d'orthophonie

- En 1968 . Articulation = saute les r, n'arrive pas à prononcer
 les mots difficiles.
- . Lecture = se borne aux phonèmes simples, voyelles
 et consonnes, tous les sons complexes sont méconnus.
 Tendance à inverser
 Confond m et n
 - . Dictée = agraphie - à peu près aucune connaissance.

Entre au cours spécial en 1968

En Septembre 1970 . Gros progrès en lecture, et en orthographe.

Persistance de difficultés au niveau
des doubles consonnes.

Réintègre un CE 2 normal à cette date.

Les résultats de la rééducation sont moyens, les difficultés
en orthographe étant encore importantes.

N° 12

GR... Christian né le 30.9.1959
 entré le 30.9.1970

Présenté en Hygiène Mentale pour retard scolaire et troubles
du caractère.

Milieu Familial

- Père réel - Algérien, gentil, courageux, sobre. Electricien.
vit maintenant avec Mme GR... qui a divorcé
après la naissance de Christian.
- Beau-Père = éthylique, violent
- Mère - R A S

Antécédents personnels

- Asthme
- Dysmaturité à l' E E G (Hôp. Ste Anne Paris)
- Spasme du sanglot.

Scolarité antérieure

C P = instable et indiscipliné. Refus scolaire.

Examen Psychiatrique

Petit inhibé, instable surtout, joue le bébé, démissionne
devant l'effort.

Au C A T = père préféré, anxiété bien contrôlée par des atti-
tudes de dérision et d'évitement.

Quotient intellectuel

Au Wisc = en 1970 = 65
 en 1971 = 67

Latéralité = droitier homogène

Bilan d'orthophonie

- En septembre 1970 . Articulation = R A S
On note un léger bégaiement
- . Lecture = quelques phonèmes acquis.
Alexique.
 - . Dictée = connaît quelques voyelles. Agraphie

Mis au cours spécial à cette date.

- En Septembre 1971 . Lecture = connaît les syllables simples,
quelques complexes.
- . Dictée = Les lettres sont mal formées,
les mots écrits n'importe comment même
pas sur les lignes.

Les résultats sont donc médiocres.

Pour expliquer cet échec relatif, il faut noter le niveau intellectuel bas (Q I à 67) et surtout une énorme instabilité : il ne peut rester plus de cinq minutes sur un même exercice.

Doit refaire une nouvelle année au cours spécial.

N° 13

KR... Alain Né le 8.4.1956
 Entré le 29.6.1968

Présenté en Hygiène Mentale pour débilité et instabilité.

Milieu Familial

- Père - Manoeuvre
- Mère - Sans profession

Pas de renseignements plus précis sur le milieu.

Scolarité antérieure

Niveau C P pour la lecture et l'orthographe
C E pour le calcul

Découragé par ses échecs malgré les efforts faits au 1er trimestre.

Caractère

Affectueux, timide, docile.

Adroit de ses mains. Aime les jeux calmes.

Examen psychiatrique

Dépressif et inhibé

Au C A T = anxiété, conduite d'évitement, non valorisation
primaire, peur de la mère qu'il voit punitive.

Quotient intellectuel

Au Wisc = en 1968 = 67
 en 1970 = 78

Latéralité non homogèneBilan d'orthophonie

- En Décembre 1969 . Articulation = Difficulté à répéter des
mots longs ou difficiles
Mauvaise rétention mnésique
- . Lecture = aucune rétention de l'ordre des
phonèmes
Confond m et n, b et d, p et q, g et v.
Nombreuses inversions.
 - . Dictée = Nombreuses inversions
Déformation des syllabes (ex.
fol pour flo...)
Aucune connaissance lexicale ou grammaticale.

Entre au cours spécial à cette date

- En Septembre 1970 . La lecture est acquise
 . Orthographe, en progrès.

Réintègre un C E I normal.

Les résultats sont bons dans l'ensemble.

N^o 14

L0... Dominique né le 9.6.1962
entré le 13.9.1970

Motif de la consultation : retard scolaire et troubles caractériels.

Milieu Familial

- Père inconnu
- Mère - Vit en concubinage. Les deux enfants sont rejetés par le concubin.

Scolarité antérieure

- C P = Refus scolaire, agressif
Retard de parole et de langage.

Caractère

Volubile, tendance à fabuler.

Examen psychiatrique

Caractériel, petit contact, bébé

Au C A T = mère nourricière mais punitive
Pas de défenses. Anxiété de dévoration

Arriération affective

Quotient intellectuel

au Wisc 82 en 1970
90 en Novembre 1971

Latéralité peu homogène, dominant à Droite

Bilan d'orthophonie

en 1970

- Langage = bégaiement tonique
Articulation = quelques déformations
- Lecture = alexie, ne connaît que les voyelles simples
- Dictée = agraphie

Gros retard de langage = Compréhension niveau de
7 ans
Expression niveau de
6 ans 1/2

Juillet 1971

Il est entré au cours spécial au second trimestre et a eu de ce fait, beaucoup de difficultés à rattraper le niveau de la classe. Grande instabilité

Lecture correcte, mais lente.

Orthographe = Fait encore de nombreuses confusions.

Cet enfant est encore au cours spécial.
Les résultats sont actuellement bons.

N° 15

MAM... Eric né le 19.9.1959
 entré le 30.4.1968

Enfant pupille de l'Aide Sociale à l'Enfance.
On n'a pas de renseignements sur les parents, sinon que le père est arabe.

Scolarité antérieure

Triple le C P. Très mauvaise mémoire.

Caractère

Indifférent, peu affectueux, insensible aux observations.
Vols, mensonges.
Cherche à attirer l'attention sur lui.

Examen psychiatrique

Anxieux, instable, perturbateur.
Inhibé, contact ~~ten~~du ; dort mal.

Au C A T = images parentales normales, fixation à la mère,
 peur du père qu'il ressent agressif.

Quotient intellectuel

Au Wisc = en 1968 = 80
 en 1970 = 81

Latéralité : mal définie

Bilan d'orthophonie

Avril 1970 . Lecture = nombreuses lacunes ; lecture hésitante
déforme les mots
variations de prononciation

- . Orthographe = nombreuses méconnaissances
confusion de q et g, t et d.

Enfant plus dysorthographique que dyslexique.

Entre au cours spécial à cette date.

Septembre 1970. Lecture excellente

- . Progresse en orthographe mais doit être sans cesse stimulé.

Quitte le cours spécial en Septembre 1970 et réintègre un C P 2 normal.

Les résultats sont bons surtout en fonction de la courte durée de la rééducation.

N° 16

MAN... François né le 3.1.1957
 entré le 14.7.1957

Présenté en Hygiène Mentale pour retard scolaire.

Milieu Familial

- Père ouvrier chaudronnier
- Mère d'origine italienne
- Un frère

Milieu normal, les parents s'intéressent à son instruction et à ses loisirs.

Famille hyperprotectrice.

Scolarité antérieure

C P faible à 10 ans. Ne s'intéresse qu'aux jeux.

Caractère

Franc et ouvert.

Examen Psychiatrique

Anxieux, disponible, pas de confiance en lui

Au C A T = essai d'identification au père,
mère frustrante et punitive.

Pas d'agressivité exprimée, réactions d'évitement

Rivalité avec la mère.

Structure obsessionnelle dominante.

Quotient intellectuel

au Wisc en 1967 = 90

1970 = 93

Latéralité = non homogène, pied indifférent, main droite,
oeil gauche.

Organisation de l'espace très mauvaise (cube de Kohs)

Bilan d'orthophonie

Septembre 1968 . Articulation = R A S

. Lecture = quelques méconnaissances

. Dictée = fautes de grammaire et lexiques
omission de graphèmes
variation de sens

Fin 1968 . Lecture et écriture correctes mais trop rapides.

Entre en C M normal

Excellents résultats, compte-tenu de la courte durée de
la rééducation.

Entre au cours spécial en Janvier 1970

Septembre 1970 . Niveau de lecture satisfaisant
encore des difficultés d'orthographe
fautes de graphie
le son est exact mais la graphie incorrecte
Exemples : comment = comant
garçon = garsson
chèvre = chaivre
Bon niveau de langage

Réintègre un CE 2 normal à cette date.

Est actuellement en C M

Bons résultats chez un enfant très handicapé au départ.

N° 18

MAZ... Christian né le 9.11.1958
 entré le 3.9.1967

Milieu Familial

- Père décédé en 1965 d'un cancer du pounon

- Mère employée de maison

- un frère plus jeune.

Est en pension = rentre une fois par mois et aux vacances.

Scolarité antérieure

Redouble le C P . Enorme instabilité

Examen Psychiatrique

Très instable et excitable

Au C A T = agressif devant l'autorité paternelle. Conduite
d'évitement
Mère frustrante et dominatrice.

Quotient intellectuel

Au Wisc 88 en octobre 1967
96 en novembre 1968
85 en décembre 1971

Cette régression intellectuelle correspond à une régression affective et à une évolution prépsychotique

Latéralité = Main droite, oeil gauche

Structuration temporo spatiale = très bonne

Bilan d'orthophonie

Septembre 1968 . Articulation = R A S

- . Lecture = confusion b et d, p et q, inversions
Lecture syllabique lente
Méconnaissance des sons complexes
- . Dictée = Nombreuses méconnaissances, hésitations, inversions
- . Langage = bon niveau de compréhension et d'expression
- . Compense par la mémoire et les habitudes de lecture
- . Excellente retention mnésique du texte.

Fin 1968 . Lecture courante acquise

- . Quelques difficultés en orthographe

Réintègre un CE 2 normal début 1969

Donc bons résultats pour une rééducation brève.

N° 19

PAG... Maurice Né le 13.8.1957
 Entré le 15.7.1969

Présenté en Hygiène Mentale pour retard scolaire.

Milieu Familial

- Père éthylique, mauvaise moralité.
 - Mère éthylique et mauvaise moralité, débile profonde.
- Déchus de leurs droits. Les six enfants sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Antécédents personnels

- Bec de lièvre . Opéré avec de bons résultats.

Scolarité antérieure

CE1, coopératif, bonne volonté.

Caractère

Gentil, veut réussir, fait de gros efforts.

Examen psychiatrique

Ouvert, à l'aise, boudeur, joue le caïd.

Instable, triste. Bégaiement intermittent.

Au C A T = identification au père. Parle de ses parents au présent.

Quotient intellectuel

Au Wisc 80 en 1969

80 en 1971

Latéralisation homogène à gauche.

Bilan d'orthophonie

Septembre 1969 . Articulation = R A S. Timbre nasonné

. Lecture = Alexie. Les quelques phonèmes
con us sont confondus

. Orthographe = meilleure. Connaît les graphèmes
simples.

Juillet 1971 . Très bon niveau en lecture

. En orthographe beaucoup de difficultés
(n'arrive pas à placer les " r " convenablement
confond "un" et " en "...)

De toutes façons plafonne et ne peut guère
dépasser le niveau général acquis.

Quitte l'établissement à cette date après deux ans au cours
spécial.

Résultats bons en lecture, très moyens en orthographe, dus
en partie à son niveau intellectuel très limité.

N° 20

PAS... Jean-Claude né le 1.4.1959
 entré le 17.7.1968

Présenté en Hygiène Mentale pour instabilité, anxiété, dyslexie.

Milieu Familial

- Père - ouvrier lapidaire
- Mère - anxieuse, perfectionniste, maladroite avec ses enfants.
- Un frère plus jeune.

Scolarité antérieure

C P = Lit des syllabes simples
 Infantile, émotif, a besoin d'être sécurisé

Examen psychiatrique

Anxieux, hyperémotif, très inhibé, triste
 Pas de contact avec les adultes, superficiel avec les camarades.
 Très bébé, il faut le cajoler. Bizarre.
 Arriération affective profonde.

Quotient intellectuel

Au Wisc en 1968 = 71
 en 1970 = 57

Latéralité = mal définie

Bilan d'orthophonie

En septembre 1968 . Lecture = alexie, inversions, confusions
 Lit quelques phonèmes simples.

. Orthographe = agraphie = aucune acquisition.

En septembre 1969 . Le niveau de lecture est satisfaisant. Il lit de façon courante mais ne comprend pas le sens des mots lus.

. Difficultés en orthographe.

Réintègre un CP 1 normal.

Résultats mauvais. Cet enfant a évolué peu à peu vers la psychose. A sa sortie en Juillet 1970 autiste, pensée flottante, réponses mal adaptées, persécuté, impulsions agressives.

Régression affective et intellectuelle.

N° 21

PA... Serge né le 22.8.1955
 entré le 13.7.1965

Présenté en Hygiène Mentale pour débilité légère.

Milieu Familial

- Père - gros éthylique, violent, toujours ivre
- Mère = R A S
- Sept frères et soeurs. Serge est le 5ème

Scolarité

C P = Ne sait pas lire mais est bon en calcul
 Beaucoup d'intérêt pour les travaux manuels.

Caractère

On le dit instable, turbulent, très attaché à sa mère mais agressif avec ses soeurs.

Examen psychiatrique

Petit instable, rêveur et souriant, docile, presque euphorique. Petit sentiment d'infériorité.

Au C A T = Images parentales bien vues , fixation
 à la mère ressentie nettement punitive.
 Père paradoxalement bien accepté.

Quotient intellectuel

En 1965 au Wisc 83
 En 1969 au Wisc 93

Latéralisation = droitier homogène

Bilan d'orthophonie

- En 1968 . Elocution saccadée, explosive, bégaye par moments.
- . Lecture = troubles lexiques importants d'ordre visuels et auditifs
 Confond q et g, f et v, p et b, s et z...
 Nombreuses inversions et variations de prononciation
 Lit beaucoup trop vite.
 - . Dictée = Inversions, confusions, omission ou ajout de graphèmes.
 Pas de connaissance grammaticale.

En 1969 . Très bons résultats en lecture
 Quelques difficultés dans les groupes consonantiques
 La 2ème consonne est souvent omise.

Les résultats de la rééducation sont donc bons.

N° 22

PR ... Christian né le 27.3.1961
 entré le 29.7.1969

Présenté en Hygiène Mentale pour anxiété.

Milieu Familial

- Père - Cafetier. Paralysie du bras droit après un accident
 avec état dépressif réactionnel.

- Mère - Dépressive anxieuse

Ambiance familiale déprimante.

Trois frères et soeurs plus âgés.

Antécédents personnels

Né par forceps.

Scolarité

Est en classe de perfectionnement

Apprentissage de la lecture par la méthode globale.

Examen psychiatrique

Enfant rêveur, triste, sensible, poli, inhibé, lent, émotif

Au C A T = réaction d'évitement devant le danger. Mère peu
 sécurisante.

Quotient intellectuel

Au Wisc en 1969 = 93

en 1970 = 97

Latéralisation = gaucherdominant

bonne orientation temporo spatiale.

Bilan d'orthophonie

- En septembre 1969 . Articulation R A S
Omet parfois les dernières lettres.
- . Lecture = connaît les voyelles simples
les quelques phonèmes appris sont confondus q et p, f et v, b et d.
 - . Dictée = agraphie, aucune connaissance.
 - . Test phonétique = Il écrit en miroir

Juillet 1971 . Lecture lente syllabique
Gros progrès en dictée mais confond encore
c et g, s et z.

Les résultats sont donc moyens.

N° 23

SE... Georges né le 12.2.1958
 entré le 9.1.1968

Motif de la consultation = nerveux.

Milieu Familial

- Père - artisan. A eu une congestion cérébrale → Invalidité.
faible avec les enfants.

- Mère décédée . Le père est remarié.

Il y a au foyer, des enfants de trois lits différents.

Milieu perturbé par la maladie du père.

Scolarité antérieure

CE1 = lecture approximative
indifférent, accepte mal les observations.

Caractère

Nerveux, enfant difficile dès la petite enfance.
Colères, tics, petits vols. Livré à lui-même.

Examen psychiatrique

Sommeil médiocre. Enurétique. Infériorité, s'isole.

Au C A T = angoisse d'abandon. Rejet vécu d'une mère
punitif.

Quotient intellectuel

Au Wisc en 1968 = 76
 en 1970 = 91

Structuration temporo-spatiale mauvaise

Difficulté de l'orientation dans l'espace surtout.

Latéralité = Main droite, oeil droit, pied indifférent.

Bilan d'orthophonie

En 1968 . Articulation = R A S Déforme quelques mots difficiles.

- . Lecture = Inversions, omissions de phonèmes
 Confusions auditives (ch j, f et v) et
 visuelles m et n...

- . Dictée = mê es fautes qu'en lecture

En Janvier 1970 . Bons résultats dans l'ensemble

Lecture courante

Quelques inversions en dictée

Réintègre le CE 1 à cette date.

Est actuellement en C M 2.

LES CONCLUSIONS que l'on peut tirer de l'étude de ces 23 cas.

I - EBAUCHE STATISTIQUE

Nous allons essayer de tirer quelques conclusions chiffrées de l'étude de ces observations.

A - Age des enfants à l'entrée au cours spécial

3 enfants avaient 8 ans
 2 enfants avaient 9 ans
 4 enfants avaient 10 ans
 8 enfants avaient 11 ans
 3 enfants avaient 12 ans
 3 enfants avaient 13 ans

Cela nous donne un âge moyen de 10 ans 8 mois. Nous voyons que la rééducation a été entreprise tardivement donc avec d'emblée des difficultés supplémentaires puisque nous avons vu que la rééducation est beaucoup plus facile si elle est commencée tôt, vers 7 ou 8 ans.

Cet âge tardif tient surtout au fait que la moyenne des enfants rentre vers dix ans dans cet I M P, et pour quelques cas au fait qu'à l'entrée en I M P le cours spécial n'était pas encore ouvert.

B - Les motifs de consultation

11 enfants ont été présentés pour retard scolaire
 5 pour anxiété
 4 pour troubles du caractère
 3 pour dyslexie-dysorthographe
 3 pour instabilité
 2 pour débilité
 2 pour troubles du comportement.

Nous obtenons ainsi un chiffre supérieur à 23 cas plusieurs enfants sont présentés pour deux ou trois symptômes tout aussi importants les uns que les autres et que nous avons tenu à signaler.

C - Comportement en classe

9 enfants ont une attitude de refus scolaire
 5 sont surtout instables
 3 ont comme centre d'intérêt les travaux manuels
 2 sont passifs.

Il faut dès maintenant remarquer le grand nombre de refus scolaire chez ces enfants en permanence en situation d'échec.

D - Milieu Familial

Une seule famille semble à peu près normale, toutes les autres sont perturbées : parents décédés, divorcés, éthyliques, débiles, enfants abandonnés.

Trois enfants sont issus de familles étrangères (italiennes ou nord-africaines) et l'enfant a été confronté au problème du bilinguisme, qui nous l'avons vu, peut être un facteur favorisant de la dyslexie-dysorthographe.

E - Antécédents personnels

Six enfants ont eu des troubles ou des traumatismes de la petite enfance : forceps, mort apparente du nouveau-né, convulsions...

F - Niveau scolaire

16 enfants étaient au C.P. à leur arrivée en I M P
 4 étaient en C E I
 1 en C E 2
 2 en classe de perfectionnement

Le niveau scolaire de départ est donc très bas, la majorité des enfants triplant le C.P.

G - Examen psychiatrique

La plupart de ces enfants sont des anxieux, immaturs affectifs, abandonniques, présentant un manque de confiance en soi. Beaucoup aussi sont passifs, déroutés par le moindre effort. On note quelques troubles caractériels, mais mineurs, la vocation de cet établissement n'étant pas le traitement de ce genre de troubles.

H - Le quotient intellectuel

La moyenne des quotients intellectuels au Wisc à l'entrée est de 80.

à la sortie du cours spécial elle est de 87.

Le niveau moyen se situe donc dans la catégorie des débilités légères. Il faut remarquer l'effet bénéfique de la rééducation et du traitement des troubles affectifs sur le développement intellectuel.

I - Les troubles du langage associés à la dyslexie

9 enfants en présentent : bégaiement, schlintement, déformation des mots... Ces troubles associés ont en général fait l'objet d'une rééducation en cours particulier par l'orthophoniste.

J - La latéralité

5 enfants sont droitiers purs
3 enfants sont gauchers purs
9 enfants présentent une latéralité croisée, en particulier oeil-main.
6 ne sont pas latéralisés et se servent indifféremment de l'oeil, de la main, du pied droit ou gauche.

K - Les troubles lexiques

Ils sont majeurs dans la plupart des cas. Beaucoup confinent à l'alexie. Peu d'enfants ont acquis les mécanismes de base de la lecture. Quant à l'orthographe elle est presque toujours déplorable.

L - Les résultats

16 peuvent être considérés comme bons ou même d'excellents résultats, soit 68 % des cas.

5 sont des résultats moyens, c'est-à-dire que les mécanismes de base de la lecture et de l'orthographe sont acquis, mais que les hésitations ou les fautes sont encore nombreuses. Le taux est de 22 %.

2 résultats sont mauvais, soit 10 %, la cause des échecs est dans ces deux cas évidente :

- l'un des enfants a présenté une évolution psychotique avec régression intellectuelle massive.
- l'autre était d'un niveau mental très faible (Q.I. à 65)

et ses possibilités d'acquisition ont très vite plafonné.

M - La durée de la rééducation

7	enfants	ont	passé	un	trimestre	au	cours	spécial
2	"	"	"	2	"	"	"	"
3	"	"	"	3	"	"	"	"
4	"	"	"	4	"	soit une année scolaire		
						au cours spécial		
3	"	"	"	5	"	"	"	"
3	"	"	"	6	"	soit 2 années scolaires		
1 enfant est encore au cours spécial pour la deuxième								
année.								

La durée moyenne de la rééducation est donc de 9 mois, c'est-à-dire une année scolaire.

II - INTERPRETATION DES RESULTATS

A - Commentaires sur les résultats eux-mêmes :

Nous avons vu qu'après trois ans de fonctionnement les pourcentages concernant les résultats de la rééducation étaient les suivants :

- 68 % de bons ou excellents résultats
- 22 % de résultats moyens
- 10 % de mauvais résultats

a - Les mauvais résultats

Ils se réduisent à 2, sur 23 cas.

- Un des enfants a bien débuté sa rééducation, les progrès ont été sensibles les premiers mois. Puis il a fait une évolution psychotique avec régression importante sur le plan intellectuel puisque son quotient intellectuel est passé au Wisc de 71 à 57. Il s'est peu à peu désintéressé de tout travail scolaire. Les bizarreries de son comportement le mettaient en marge de la classe.
- L'autre enfant était dès le départ d'un niveau intellectuel très bas par rapport aux autres enfants : quotient intellectuel à 67 alors que la moyenne est de 80, c'est à dire un niveau de 6 ans pour un âge réel de 11 ans. Or, nous avons vu que 6 ans est la limite à partir de laquelle un enfant est capable d'apprendre facilement à lire.

De plus, cet enfant présentait une instabilité psychomotrice très importante qui l'empêchait de fixer son attention plus de quelques minutes sur un travail quelconque.

Pour ces deux cas l'échec de la rééducation est donc très compréhensible et même prévisible.

b - Les résultats moyens

Nous en avons trouvé 5 sur 23 enfants.

Si nous examinons les éléments qui ont pu entraîner ce semi-échec, nous trouvons le niveau intellectuel pour deux enfants (quotient intellectuel de 70 environ) et surtout les troubles du comportement : nous notons dans l'examen psychiatrique de ces enfants : " rêveur, lent, inhibé, instable, passif, démissionne devant les difficultés, comportement autistique dominant.... "

Ces éléments sont en soi suffisant pour créer un gros handicap à une rééducation qui n'est jamais facile même dans les meilleures conditions.

L'âge auquel a été entreprise la rééducation ne semble pas ici avoir eu d'influence notable car un de ces enfants a été admis au cours spécial à 8 ans, les autres à 10 ans, c'est-à-dire au même âge que la moyenne des autres enfants.

c - Les bons résultats

Ils sont l'énorme majorité des enfants rééduqués (près de 70%) malgré le constant handicap de niveau mental et scolaire et surtout les troubles affectifs. Nous verrons au chapitre suivant ce que nous considérons comme les facteurs favorisant de ces bons résultats.

d - Comparaison des résultats avec ceux obtenus avec d'autres méthodes

Nous l'avons déjà dit : la rééducation d'une dyslexie-dysorthographe est toujours longue et difficile.

Il est difficile de comparer les résultats de cette rééducation avec d'autres méthodes car les enfants à qui elle s'adresse sont des enfants très perturbés au départ sur le plan affectif et qu'ils ont tous un niveau intellectuel limite. De plus les expériences de ce genre sont rares et nous n'avons pu trouver de résultats statistiques à ce sujet dans les publications.

La durée moyenne de rééducation " au cours spécial " est de un an; il semble que, d'après les autres statistiques, les rééducations soient au moins aussi longue et durent même souvent deux ans.

Le traitement ici est particulièrement intensif, mais lors de rééducation individuelle il est très important que l'enfant répète le soir chez lui avec ses parents, ce qui lui apporte un surcroît de travail après une journée de classe normale.

Le pourcentage de succès semble être ici considérable surtout si l'on considère l'importance des troubles présentés par la majorité des enfants au départ : beaucoup n'avaient acquis aucun des mécanismes élémentaires de la lecture et de l'orthographe et étaient même franchement alexiques.

Nous pensons donc que, compte tenu des résultats globaux qui sont au moins aussi bons que ceux obtenus par une rééducation individuelle avec poursuite concomitante d'une scolarité normale, et compte-tenu de l'importance du trouble dyslexique de départ et des troubles associés de niveau intellectuel et de perturbations affectives, cette méthode est très valable pour la rééducation des enfants dyslexiques-dysorthographiques et même préférable aux autres pratiques actuellement couramment.

B - Les facteurs adjuvants de la rééducation

Ils sont importants sur le plan quantitatif et qualitatif.

a - Le petit nombre des enfants

La classe en comporte de cinq à neuf au maximum. Il permet une discipline plus souple, un travail de classe individualisé au maximum, une liberté d'expression certaine. Les élèves sont plus en confiance, plus conscients que l'on s'occupe d'eux personnellement et progressent ainsi certainement plus vite, ce qui est très important pour la disparition de leurs troubles.

b - L'absence de programme rigide

Elle permet d'adapter la rééducation et l'enseignement à l'évolution des acquisitions des enfants. Lorsque se présente une difficulté elle peut être résolue, en revenant plusieurs fois sur la question sans qu'il soit nécessaire d'aller vite pour respecter un programme rigide.

c - La méthode gestuelle

Elle est sûrement la meilleure pour ces enfants qui ont souvent des troubles de la structuration temporo-spatiale et qui ont un niveau limite. Nous avons vu que la méthode de CHASSAGNY s'adressait à des enfants intelligents, aptes à comprendre les associations et les similitudes des séries dictées. Elle est de plus, attrayante pour les enfants les plus jeunes qui jouent avec les gestes et en font un code secret qu'ils sont fiers d'utiliser devant les autres enfants de l' I M P.

d - La rééducation psychomotrice concomittente

Elle a ici une place de premier plan. Elle cherche à corriger les troubles du schéma corporel, les troubles de la latéralité, à développer la sûreté du geste et l'habileté.

e - La scolarité centrée toute entière sur la rééducation

Il est très important que l'enfant ait comme maîtresse pour toutes les matières en dehors de la lecture et de l'orthographe, une éducatrice scolaire formée à la méthode gestuelle. Lorsque l'enfant a des difficultés de lecture ou d'orthographe elle peut intervenir et l'aider à corriger ses fautes selon la technique de rééducation employée avec l'orthophoniste.

f - L'ambiance particulière du "cours spécial"

L'esprit de clan règne dans la classe : ce sont " les enfants du cours spécial" avec leurs maîtres, leurs programmes, leur code, leurs activités particulières. Cette ambiance a une très grosse importance, elle est revalorisante, l'enfant se sent privilégié, il fait quelque chose de plus que les autres élèves, on s'occupe plus de lui, on s'intéresse à ses problèmes, il fait des progrès dans une matière où jusque là il n'avait subi que des échecs. Il y a là un appoint psychothérapique important, non négligeable. A la limite le "Cours Spécial" forme une véritable famille qui remplace souvent favorablement celle déficiente et rejetante connue jusqu'alors. Les élèves de ce cours gardent même après leur départ des rapports privilégiés avec l'orthophoniste où l'éducatrice du cours.

g - Le problème de sevrage

Il constitue pour toutes les rééducations de dyslexiques un gros problème en dehors d'une ambiance institutionnelle. Il provoque des régressions ou des retours en arrière non seulement des troubles lexiques, mais aussi des troubles affectifs. Le sevrage réactive chez l'enfant les frustrations anciennes, et il réagit d'autant moins bien que ces frustrations ont été traumatisantes pour lui.

Ici le problème est beaucoup moins aigu. A l'arrêt de la rééducation, l'enfant reste dans le même établissement, garde ses camarades, revoit orthophoniste et éducatrice. Le psychiatre et l'équipe peuvent faire le lien et aider à passer ce mauvais cap. Ils peuvent revenir demander conseil à l'orthophoniste s'ils ont des difficultés.

Nous n'avons retrouvé dans les observations qu'un cas d'un enfant qui a régressé de manière importante après le cours spécial. Tous les autres se sont bien adaptés à ce changement.

h - Les adjuvants thérapeutiques

Ils ont leur place dans l'amélioration des résultats de la rééducation. Ils sont utiles surtout chez des enfants qui ont de gros troubles de comportement gênants pour le travail scolaire, nous pensons en particulier, à l'instabilité psychomotrice. La thérapeutique médicamenteuse est diminuée au fur et à mesure de l'amélioration des troubles, quand l'ambiance éducative a agi.

Nous venons de passer en revue les principaux facteurs qui aident à la rééducation. L'ambiance psychologique est sûrement le plus important. On peut remarquer dans la majorité des cas une nette amélioration des troubles affectifs en cours de rééducation, parallèlement à l'amélioration des troubles lexiques et orthographiques et de l'amélioration du niveau intellectuel.

c - Les difficultés rencontrées au "Cours Spécial"

Aucune n'a été majeure, mais il convient que l'on y prête attention afin de tenter d'y remédier.

a - Difficulté d'âge

Les enfants entrent trop tard à l'IMP et sont rééduqués trop tard. Nous avons vu que l'âge moyen est de 10 ans à l'entrée au "cours spécial". Les enfants ont acquis un

retard scolaire de 3 ou 4 ans, bier difficile à rattraper, les troubles se sont chronicisés, ils ont souvent pris leur parti de leurs difficultés et n'ont plus guère envie de réagir. D'autre part, la méthode gestuelle est beaucoup moins bien acceptée par des enfants de cet âge qui ne la prennent pas au sérieux et se sentent dévalorisés d'utiliser ce qu'ils considèrent comme un "enfantillage". Il faudrait un recrutement plus jeune qui serait favorable pour la rééducation elle-même.

b - Le niveau mental

Il est un handicap mais mineur semble-t-il, car il est suffisant pour une acquisition correcte des mécanismes de la lecture et de l'orthographe.

c - Les différences de niveau scolaire

Elles sont beaucoup plus gênantes. Il en est de même pour les différences d'importance de la dyslexie. Elle rend l'homogénéité de la classe difficile, chacun travaillant à son rythme et apprenant, pour le reste des cours, des matières différentes. Un autre problème est celui des enfants qui font une deuxième année de rééducation : ils doivent reprendre avec les nouveaux tout l'apprentissage des gestes élémentaires qu'ils connaissent déjà. Pour ces élèves un entraînement particulier à la lecture par l'éducatrice du cours spécial est prévu, pendant que les autres travaillent avec l'orthophoniste.

d - L'instabilité et les troubles affectifs

Nous en avons déjà parlé et nous avons vu qu'ils pouvaient être mis en partie en cause dans les échecs de la rééducation ou les résultats moyens. Ils sont traités au maximum par la psychothérapie et les traitements médicamenteux. Ils ne peuvent être éliminés au moins au début, puisqu'ils font partie de la dyslexie et qu'ils représentent la cause de l'admission dans cet établissement.

BILAN ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Dans l'ensemble, le fonctionnement du "cours spécial" s'est fait sans difficultés majeures. Il a surtout donné une nette satisfaction. Il a permis de résoudre en grande partie les problèmes de la dyslexie-dysorthographe de manière rentable, problème qui paralysait la bonne marche des classes normales du fait du nombre important des enfants présentant des troubles lexiques et orthographiques.

Après un an en moyenne de rééducation intensive, les enfants ont pu rejoindre une classe normale en fonction de leur niveau scolaire. Ils se sont bien intégrés dans ces classes et leur travail a donné de bons résultats.

Il faut insister sur les effets secondaires bénéfiques de cette rééducation réussie :

- amélioration des troubles du comportement, sentiment de revalorisation, épanouissement affectif, diminution de l'anxiété.
- amélioration nette dans la majorité des cas du niveau intellectuel, facilitation des acquisitions.

La difficulté majeure rencontrée dans cette expérience est celle du recrutement de l'orthophoniste. Leur nombre est peut-être insuffisant et surtout, beaucoup sont rebutés par l'éloignement relatif d'Ambronay des grands centres urbains.

Pour l'avenir, il serait souhaitable de créer une deuxième classe de rééducation avec orthophoniste à plein temps. Cela permettrait de rééduquer un nombre plus grand d'enfants et surtout de séparer les enfants en deux groupes en fonction de leur niveau de lecture et d'orthographe. Ce projet paraît pour l'instant, utopique en raison de la difficulté à recruter et à garder des orthophonistes. Mais l'espoir n'est pas perdu d'y parvenir dans les prochaines années.

CONCLUSIONS

En entreprenant ce travail, notre but était double :

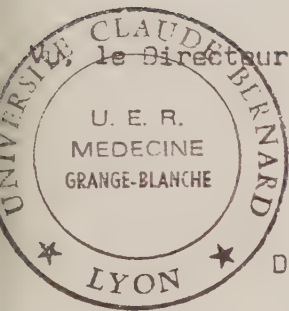
- d'abord faire le point des connaissances actuelles sur la dyslexie-dysorthographe. Nous avons vu qu'il s'agissait d'un syndrome fréquent, fait d'un trouble de l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe, trouble dont les causes sont souvent mal connues, troubles affectifs ou retard de maturation du système nerveux. La thérapeutique donne le plus souvent de bons résultats, qu'elle utilise la méthode de Mme BOREL-MAISONNY ou celle de CHASSAGNY, et cela d'autant mieux qu'elle est entreprise précocement. Elle a toujours un effet favorable, ne serait-ce que sur le plan psychothérapique, et doit toujours être entreprise en raison des conséquences graves qu'entraîne la dyslexie : troubles affectifs et du comportement, retard scolaire, difficultés d'insertion scolaire plus tard.

- ensuite, exposer et critiquer une méthode de rééducation collective en milieu institutionnel, un I M P pour enfants anxieux et de niveau intellectuel limite. La rééducation s'effectue dans une classe d'effectif réduit, formée uniquement d'enfants dyslexiques. Elle est assurée par une orthophoniste pour la lecture et l'orthographe, par une éducatrice scolaire initiée à la rééducation des dyslexiques pour les autres matières. La méthode employée est celle de Mme BOREL-MAISONNY. Les activités sont centrées sur la rééducation, laissant au deuxième plan, les acquisitions scolaires générales. Une fois rééduqués, les enfants réintègrent une classe normale. Cette rééducation donne d'excellents résultats chez des enfants très handicapés au départ. Elle est favorable sur le plan des troubles affectifs et du niveau intellectuel. Il semble que de nombreux établissements de ce type ou même des milieux scolaires normaux, auraient un certain bénéfice à tirer de l'emploi d'une telle méthode de rééducation.

La dyslexie-dysorthographie est un problème d'Hygiène Mentale Infantile capital. Il faut savoir y penser et la rechercher afin d'entreprendre une rééducation la plus précoce possible.

Le Président de la Thèse :
(Nom et Signature)

R. GIRARD



Vu, le Directeur de l'U.E.R. GRANGE-BLANCHE,

[Signature]

D. GERMAIN

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 9 MARS 1972

Le Président de l'Université Claude Bernard,
Pour le Président, le Premier Vice-Président
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,



[Signature]

R. TOURAINE

BIBLIOGRAPHIE

- De AJURIAGUERA : Manuel de psychiatrie de l'enfant
Masson Editeur
- APPAIX A. et al. : A propos de la perceptivo-motricité chez
les enfants dyslexiques
J.F. O.R.L. XV 4 1966
- N. E. BEAUFILA : Dyslexie et rééducation
Perspectives psychiatriques 1970 (30)
- S. BOREL-MAISONNY : Fautes d'orthographe et dysorthographe
Revue O.R.L. 1970 87 (10) 704-723
- F. BRUNET : A propos de la formule rythmique dans les troubles du
langage oral et écrit chez l'enfant.
Revue O.R.L. 1966 87 (9-10) 670-686
- DEBRAY P. : La dyslexie de l'enfant
Concours Médical 1968 90 (19) 3981-3993
- DEBRAY P. : Les mauvaises initiations au langage écrit vis-à-vis des
inaptitudes perennisées
G.M. de France 1968 75 (27) 5197-5201
- DEBRAY, MIKELIAN, CARMICHAEL, MATTLINGER : Données statistiques
sur la dyslexie de l'enfant. A propos de 285 cas.
Entretiens de Bichat. Médecine 1967
- DELAUNAY O. : Perspectives sur la formation des rééducateurs de
la dyslexie.
Revue de neuropsychiatrie infantile 18 (12) 937-942
- DIATKINE et al.: Les troubles du langage écrit : dyslexie et dysor-
thographie. La psychiatrie de l'enfant 1963 VI (2)
- DIATKINE : Troubles du langage apparaissant au cours du développement
E.M.C. Psychiatrie 1963
- LAUNAY : Dyslexie-dysorthographe
La presse médicale 1965 73 (14) 795-797
- LERBET : La latéralité chez l'enfant et l'adolescent.

- N LESEVRE : Les mouvements oculaires d'exploration : étude comparée d'enfants normaux et dyslexiques.
Bulletin de l'I.N.S.E.R.M. 22 1967 (3) 467-484
- Marie de MAISTRE : Dyslexie-dysorthographie
Editions Universitaires
- LISE MOOR : Les troubles du langage écrit chez l'enfant
Dyslexie et dysorthographie d'évolution
Ouest Med. 1966, 19 (24) 1366-1370
- MUCCHIELLI et BOURCIER : La dyslexie maladie du siècle
Les éditions sociales françaises
- RACAMIER : Troubles de la sémantique (aliénation du langage)
E.M.C. 1955
- ROBERT : Quand on est amené à envisager chez un enfant l'éventualité d'un problème de dyslexie.
Cahiers d'O.R.L. 1968 3 (2) 145-153
- ROSSIER : Lecture et dyslexie
Med. infantile 1968 75 (1) 47-49
- SCHACHTER : La dyslexie-dysorthographie des écoliers avec un Q.I. d'au moins 0,80 au Binet, à propos de 110 observations.
Gazette des Hôpitaux 1969 (32) 893-899
- STRIGLIONI : Le système graphématique chez l'enfant dyslexique.
J.F. O.R.L. 1968 XVII (3) 217-223
- TABARY : Dyslexie-dysorthographie. Med. Prat. 1969 25 (355) 27-32
- TAJAN et VOLARD : Pourquoi des dyslexies. Dyslexies et rééducation
Petite Bibliothèque Payot.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
<u>PREMIERE PARTIE : Approche théorique de la dyslexie.....</u>	2
HISTORIQUE.....	3
L'EVOLUTION DU LANGAGE ORAL ET ECRIT.....	5
DEFINITIONS.....	7
ETIOLOGIE.....	10
CLINIQUE.....	13
- L'exploration d'une dyslexie-dysorthographie.....	14
- Les troubles mis en évidence.....	18
- Les troubles associés.....	22
- Conséquences de la dyslexie. Evolution.....	25
LES THEORIES PATHOGENIQUES.....	28
- Troubles de l'orientation temporel-spatiale.....	28
- Troubles de maturation du système nerveux.....	29
- Troubles affectifs.....	30
CONDUITE A TENIR, PROPHYLAXIE, TRAITEMENT.....	34

	Pages
<u>DEUXIEME PARTIE : Méthode de rééducation collective.....</u>	38
L' I M P	39
L'IDEE DE CETTE REEDUCATION	43
L'ORGANISATION DE LA CLASSE	44
OBSERVATIONS	52
EBAUCHE STATISTIQUE	87
INTERPRETATION DES RESULTATS	90
BILAN & PERSPECTIVE D'AVENIR	96
CONCLUSIONS	97
BIBLIOGRAPHIE	99
